

# SOCIOSANITARIO

Raquel AZANZA ÁLVAREZ

## IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

TFG 2014



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales  
Giza eta Gizarte Zientzien Fakultatea

Grado en Trabajo Social



# **Grado en Trabajo Social**

Trabajo Fin de Grado

## ***IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL***

Raquel AZANZA ÁLVAREZ

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA**



**Estudiante**

Raquel AZANZA ÁLVAREZ

**Título**

Importancia de la intervención social en el ámbito de la salud mental

**Grado**

Grado en Trabajo Social

**Centro**

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales  
Universidad Pública de Navarra

**Director-a**

María Victoria ASTRAIN AZPARREN

**Departamento**

Departamento de Trabajo Social

**Curso académico**

2013/2014

**Semestre**

Primavera



## Resumen

Las personas con enfermedad mental presentan situaciones sociales que influyen en sus condiciones sociales de vida y que pueden impactar en su situación clínica y en la evolución de ésta. Sin embargo, la vertiente social ha sido y sigue siendo olvidada desde muchos recursos del Sistema de Salud de Navarra.

A raíz de mi estancia de prácticas en el Hospital de Día Psiquiátrico I, he podido observar este hecho y he querido evidenciarlo. Las personas que son derivadas e ingresan en el recurso presentan situaciones sociales que evolucionan durante su estancia gracias a la intervención social de carácter integral que se lleva a cabo. No obstante, éstas no siempre son tenidas en cuenta en los objetivos de ingreso. De ahí, la necesidad y la importancia de que en recursos de carácter clínico como el Hospital de Día Psiquiátrico I esté presente la figura profesional del trabajador o trabajadora social.

*Palabras clave:* salud mental; intervención; evolución; social; Trabajo Social.

## Abstract

People with mental diseases suffer social situations and difficulties that have an influence on their social living conditions and that can affect their clinical situation and its evolution. However, the social dimension has been and is still being forgotten by many of the Health System institutions of Navarre.

During the course of my work experience period in the Psychiatric Day Hospital I, I have had the chance to observe this aspect and I want to highlight it. People that are admitted to hospital have social situations that develop and change during their stay thanks to the holistic social intervention that is carried out. Nevertheless, these factors are not always taken into consideration in the admission objectives. For this reason, it is essential that a professional social worker should be present in clinical institutions such as the Psychiatric Day Hospital.

*Keywords:* mental health; intervention; evolution; social; Social Work.

## **Laburpena**

Buru gaixotasunak dituztenek beren gizarte baldintzetan eragina duten egoera sozialak bizi dituzte, eta egoera sozial horiek beren egoera klinikoan eta egoera horren bilakaeran eragina izan dezakete. Hala ere, alderdi soziala ahantzi egin dute eta egiten dute Nafarroako Osasun Sistemaren baliabide askok.

Eguneko Ospitale Psikiatrikoa I izenekoan egin dudan praktiketako egonaldian ohartu nintzen horretaz eta agerian jarri nahi dut. Hara bidali eta bertan ospitaleratuek, han egiten den osoko esku-hartze sozialari esker, beren egonaldian aldatzen diren egoera sozialak izaten dituzte. Hala ere, egoera horiek ez dira beti kontuan hartzen ospitaleratzearen helburuen artean. Horregatik da hain garrantzitsua Eguneko Ospitale Psikiatrikoa I bezalako baliabide kliniko hauetan gizarte langileak egotea.

*Gako-hitza:* buru osasuna; esku-hartzea; bilakaera; soziala; Gizarte-Lana.



# Índice

## Introducción

<b>1. Antecedentes, objetivos y cuestiones</b>	<b>1</b>
1.1. Antecedentes	1
1.2. Objetivos	1
1.3. Cuestiones	2
<b>2. Marco teórico : Fundamentación e implicaciones</b>	<b>3</b>
2.1. Principales elementos conceptuales necesarios para comprender el fenómeno de la salud mental	3
2.2. Principales elementos legales-legislativos necesarios para situarse ante el fenómeno de la salud mental	17
2.2.1. Normativa nacional de Salud	18
2.2.2. Normativa de Salud de la Comunidad Foral de Navarra	19
2.2.3. Normativa específica sobre Salud Mental de la Comunidad Foral de Navarra	20
2.3. Descripción del estado de la cuestión: incidencia y evolución del fenómeno de la salud mental en Navarra	21
2.4. Descripción del sistema de intervención ante el fenómeno de la salud mental existente en Navarra	34
<b>3. Estudio de casos</b>	<b>42</b>
3.1. Contextualización	42
3.2. Material y métodos	42
3.3. Resultados y su discusión	43
3.4. Limitaciones del estudio y líneas abiertas de investigación	61
<b>Conclusiones y cuestiones abiertas</b>	
<b>Referencias</b>	
<b>Anexos</b>	
A. Anexo I	
A. Anexo II	
A. Anexo III	
A. Anexo IV	
A. Anexo V	



## INTRODUCCIÓN

Este trabajo pretende ser una primera aproximación a la realidad social de las personas con enfermedad mental, tan influyente en muchas de ellas, tanto en sus condiciones de vida como en su propia situación clínica. No obstante, la vertiente social ha sido olvidada desde muchos recursos del Sistema de Salud de Navarra. De ahí, el hecho de visibilizar la necesidad y la importancia de que en recursos de carácter clínico como el Hospital de Día Psiquiátrico I esté presente la figura profesional del trabajador o trabajadora social, con el fin de que se lleve a cabo una intervención integral con estas personas que favorezca la evolución de sus condiciones sociales y revierta en la mejora de su evolución clínica.

Durante mi estancia de prácticas en el Hospital de Día Psiquiátrico I, desde el 19 de febrero hasta el 16 de abril de 2014, he podido observar que las personas que son derivadas e ingresan en el centro, acuden a un recurso clínico con objetivos prioritariamente de carácter clínico (tratamiento). Sin embargo, sus condiciones sociales son muy relevantes a la hora de entender y atender a este colectivo. Se cree que éstas pueden impactar en su situación clínica y en la evolución de ésta.

Con este trabajo se pretende evidenciar las situaciones sociales que presentan las personas con enfermedad mental, cómo éstas evolucionan a lo largo de su estancia en el centro, puesto que se lleva a cabo una intervención social, y si están relacionadas o no con los objetivos de ingreso. Además, se incorpora la dimensión de género con el fin de evidenciar cómo las situaciones de mayor vulnerabilidad afectan fundamentalmente a las mujeres.



# 1. ANTECEDENTES, OBJETIVOS Y CUESTIONES

## 1.1. Antecedentes

A continuación se presentan algunos estudios<sup>1</sup> que se han realizado con anterioridad en relación a la dimensión social de la salud mental:

- Astrain, MV. (2010). *Maltrato y Enfermedad Mental. Estudio de personas con enfermedad mental, víctimas de maltrato*. Proyecto de Investigación presentado como Trabajo Final del Máster en Bienestar Social: Intervención Individual, Familiar y Grupal de la Universidad Pública de Navarra.
- Trabajadoras Sociales de la Red de Salud Mental de Navarra. (2001). *Respuesta a las necesidades sociales de los enfermos mentales 1998-2000*.
- Trabajadoras Sociales de la Red de Salud Mental de Navarra. (1996). *Hacia una atención integradora. Análisis desde el Trabajo Social de las necesidades sociales de los enfermos psiquiátricos 1995*.

## 1.2. Objetivos

El objeto de estudio de este trabajo es describir las situaciones sociales de las personas que acuden al Hospital de Día I y la evolución de éstas. En base a este objeto de estudio se plantean estos objetivos:

- Evidenciar las situaciones sociales que presentan las personas que son derivadas e ingresan en Hospital de Día I.
- Constatar la evolución de la situación social de las personas durante su estancia en el Hospital de Día I y su relación con otras variables.
- Comprobar si existe una relación entre los objetivos sociales con los que las personas acuden al Hospital de Día I y su situación social.
- Reflejar las diferencias de género existentes en las situaciones sociales que presentan las personas que son derivadas al Hospital de Día I.

---

<sup>1</sup> Estos estudios sentaron las bases para la elaboración posterior del Plan Foral de Atención Sociosanitaria (2000), del Informe especial al Parlamento de la Defensora del Pueblo: La atención a la salud mental en Navarra (2003) y del Plan de atención social a personas con Trastorno Mental Grave (2006).

### **1.3. Cuestiones**

Derivadas de los objetivos que se plantean en este estudio, se parte de una serie de cuestiones o interrogantes formulados a modo de hipótesis que guían la aproximación al objeto de estudio:

- Las personas que acuden al Hospital de Día I, además de presentar un trastorno o enfermedad mental, tienen situaciones sociales que influyen en sus condiciones sociales de vida y afectan a su situación clínica.
- En el Hospital de Día I se lleva a cabo una intervención social que mejora la situación social de las personas que acuden.
- La evolución de las condiciones sociales de las personas que son derivadas al Hospital de Día I está relacionada con el tiempo de estancia, y éste último con la gravedad de las mismas.
- Los objetivos con los que acuden las personas al Hospital de Día I también son de carácter social, hecho que tiene congruencia con la gravedad de las situaciones sociales que presentan.
- La dimensión de género evidencia diferencias en las situaciones sociales que presentan las personas que son derivadas al Hospital de Día I. Las mujeres presentan una mayor vulnerabilidad social que los hombres.

## **2. MARCO TEÓRICO: FUNDAMENTACIÓN E IMPLICACIONES**

### **2.1. Principales elementos conceptuales necesarios para comprender el fenómeno de la salud mental**

Para empezar, es importante resaltar que con el presente Trabajo Fin de Grado se ha intentado incidir en la dimensión social que está también muy presente en el fenómeno de la salud mental. Esta perspectiva social, desde el Trabajo Social, pretende resaltar las grandes aportaciones con las que esta disciplina y esta ciencia contribuye en la intervención con personas con enfermedad mental y que sin embargo en el momento actual están siendo tan cuestionadas desde el ámbito clínico, donde existe un predominio biologicista a la hora de acometer el tratamiento a las enfermedades mentales. Concretamente, los trabajadores y trabajadoras sociales intervienen con las personas incidiendo en sus derechos, en las barreras sociales que encuentran para ejercerlos y en las competencias o dificultades en sus procesos de inserción social.

En el Hospital de Día I se aborda el fenómeno de la salud mental desde una perspectiva global e integral, dado que es una realidad compleja, dinámica y difusa, es decir, difícil de delimitar, donde la frontera entre lo “normal” y lo “anormal” depende del contexto social, histórico y cultural. Es por ello que, a continuación, se va a tratar de reflejar la complejidad de su conceptualización.

En primer lugar, previo a delimitar el concepto de salud mental, puede ser oportuno definir la salud, dado que ambos términos tienen múltiples definiciones, atendiendo a las dimensiones anteriormente señaladas.

Bien es sabido que la salud es un estado de bienestar y un concepto íntimamente relacionado con la calidad de vida, pero durante mucho tiempo se creyó que la salud era únicamente la ausencia de enfermedad, es decir, si no hay enfermedad, hay salud. Sin embargo, esa concepción sólo tenía en cuenta los factores biológicos, cuando en realidad existen varios factores que intervienen e influyen en la salud de una persona, los cuales quedan plasmados en la definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS)

hace del término salud<sup>2</sup> como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

Concretamente, según la OMS existen cuatro componentes que determinan el estado de salud<sup>3</sup> de una persona:

- Estado de adaptación al medio: El medioambiente es de carácter fisicoquímico o biológico, pero también abarca los factores socioculturales, que son los creados por el ser humano con un fin concreto.
- Estado variable fisiológico de equilibrio y adaptación.
- Equilibrio relativo entre la forma y función del organismo: Hace referencia al impacto de la alimentación y los gérmenes en las personas.
- Perspectiva biológica, ecológica y social: Se refiere a la calidad de las relaciones familiares y laborales, a las costumbres, los hábitos y las creencias.

La ausencia de uno de estos componentes deriva hacia un estado de enfermedad, relacionado con una relación triádica entre un huésped (sujeto), un agente (síndrome) y el medio (factores que intervienen). De ahí que para la prevención de enfermedades se recurra al estudio de las interrelaciones entre estos componentes.

A su vez, es interesante mencionar la definición que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) hace de la salud<sup>4</sup>, dado que al describirla como *“un estado diferencial de los individuos en relación con el medio ambiente que los rodea”*, tiene en cuenta la posibilidad de que una persona con capacidades diferentes pueda encontrar un equilibrio entre su discapacidad y el desarrollo de actividades, de tal forma que pueda lograr una adaptación al medio ambiente en que vive.

Por lo tanto, atendiendo a las definiciones de salud de la OMS y la OPS se puede llegar a la conclusión de que la salud es *“un estado de completo*

---

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud. *Definición de salud*. [Disponible en (15/04/2014): [http://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](http://www.who.int/topics/mental_health/es/)]

<sup>3</sup> Slideshare. *Componentes de la salud según la OMS*. [Disponible en (15/04/2014): <http://www.slideshare.net/gardelvez/definicion-de-salud-segn-oms>]

<sup>4</sup> Slideshare. *Definición de salud según la OPS*. [Disponible en (15/04/2014): <http://www.slideshare.net/gardelvez/definicion-de-salud-segn-oms>]



*bienestar o equilibrio, entre los factores físicos, psicológicos o mentales, sociales y medioambientales, y uno de los elementos fundamentales para la calidad de vida de las personas<sup>5</sup>”.*

Partiendo de las diversas áreas de la salud (física, psicológica o mental, social y medioambiental), a continuación se va a pasar a abordar el ámbito central del presente Trabajo Fin de Grado, que es la salud mental<sup>6</sup>, la cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como *“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”*.

Sin embargo, la propia organización hace referencia a que no existe una definición oficial<sup>7</sup> de salud mental, dado que cualquier definición, al estar influenciada por diferentes dimensiones, es difícil de determinar.

No obstante, es importante mencionar que la mayor parte de los expertos y expertas consideran que la salud mental y las enfermedades mentales no son dos conceptos enfrentados, es decir, no tener un trastorno mental no significa necesariamente que se goce de salud mental, y viceversa, tener un determinado trastorno mental no supone siempre y necesariamente un obstáculo para disfrutar de una salud mental relativamente buena.

De hecho, la salud mental engloba un gran abanico de actividades directa o indirectamente vinculadas con la promoción del bienestar mental, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

Para conocer el estado de salud mental de una persona es imprescindible observar su comportamiento en su vida diaria en aspectos como el manejo de conflictos, sus capacidades, competencias y responsabilidades, la satisfacción de sus propias necesidades, la manera en que hace frente a sus tensiones, temores y relaciones interpersonales y la forma en que lleva una vida

---

<sup>5</sup> Slideshare. *Definición de salud según la OPS*. [Disponible en (15/04/2014): <http://www.slideshare.net/gardelvez/definicion-de-salud-segn-oms>]

<sup>6</sup> Organización Mundial de la Salud. *¿Qué es la salud mental?* [Disponible en (15/04/2014): <http://www.who.int/features/qa/62/es/>]

<sup>7</sup> Wikipedia. *Salud mental*. [Disponible en (15/04/2014): [http://es.wikipedia.org/wiki/Salud\\_mental](http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_mental)]

independiente. De ahí el carácter subjetivo y culturalmente determinado del concepto.

A la hora de abordar el concepto de trastorno mental, es necesario hacer una distinción entre trastornos “mentales” y trastornos “físicos”<sup>8</sup>. Según los conocimientos existentes en la actualidad, hay mucho de “físico” en los trastornos mentales y mucho de “mental” en los trastornos físicos.

No existe una definición que especifique y englobe de manera adecuada y completa los límites y todas las posibilidades del término trastorno mental. Al igual que las enfermedades médicas, los trastornos mentales han sido definidos a partir de una diversidad de conceptos, siendo cada uno de gran utilidad para un trastorno mental concreto, pero ninguno equivale al concepto global y genérico de enfermedad y cada caso necesita de una definición diferente.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), cada *trastorno*<sup>9</sup> es definido como un *“síndrome o patrón comportamental o psicológico de carácter clínico, asociado a malestar, a una discapacidad, o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad”*. Este síndrome o patrón no es una respuesta a un suceso culturalmente aceptada.

Además, la causa debe ser considerada una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.

El comportamiento desviado (por ejemplo, ejercer violencia contra otros seres humanos) y los conflictos entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales, a menos que sean síntomas reconocidos de una disfunción<sup>10</sup>.

De igual manera, los límites entre comportamiento o conducta normal y patológica, enfermedad y salud mental no siempre están definidos, de ahí que existen varias aproximaciones al respecto. Según el modelo clásico, las

---

<sup>8</sup> Astrain, MV. (2010). *Maltrato y Enfermedad Mental. Estudio de personas con enfermedad mental, víctimas de maltrato*. Proyecto de Investigación presentado como Trabajo Final del Máster en Bienestar Social: Intervención Individual, Familiar y Grupal de la Universidad Pública de Navarra.

<sup>9</sup> DSM-IV- *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. Editorial Masson.

<sup>10</sup> Ortuño, F (2010). *Lecciones de psiquiatría*. Editorial Médica Panamericana.

enfermedades mentales están delimitadas por los siguientes principios: la enfermedad mental conlleva un antes y un después en la vida de la persona, dado que el estado de enfermedad es una situación que puede recuperarse o no tras el tratamiento. La enfermedad mental impacta tanto emocionalmente como en la vida de la persona y/o de sus familiares, de personas cercanas o en la sociedad, dado que restringe las oportunidades y el desarrollo de las habilidades de la persona y de su libertad. Se define como un conjunto de síntomas, un síndrome, lo que facilita su identificación y diagnóstico, al mismo tiempo que se caracteriza por tener un curso y un pronóstico predecible, y unas posibilidades de tratamiento biológico concretas aunque su evolución también es gracias a las terapias psicológicas y rehabilitadoras.

Estos criterios son válidos para trastornos mentales como las psicosis afectivas (depresiones unipolares y el trastorno bipolar), la esquizofrenia y otras psicosis y algunos trastornos de ansiedad (Trastorno Obsesivo Compulsivo, trastorno de pánico, ansiedad generalizada), pero a su vez, para algunos trastornos mentales con causa orgánica conocida como son las Demencias o las formas de reacción a cuadros orgánicos, metabólicos, infecciosos...

No obstante, este concepto tiene limitaciones, dado que hay otros trastornos mentales que no cumplen algunos de los principios anteriores. Un ejemplo de ello es que los Trastornos de Personalidad no se caracterizan por la presencia de síntomas psicopatológicos, ya que generan sufrimiento pero no síntomas. Por otra parte, en las Neurosis a menudo no tiene lugar una clara ruptura biográfica, dado que los rasgos de personalidad patológicos podían existir ya desde la infancia.

En definitiva, las enfermedades mentales se diferencian de otros trastornos psíquicos en que sólo en ellas existe una base genética, alteraciones biológicas, ruptura biográfica, continuidad en la coherencia y estabilidad de los síntomas y del diagnóstico, y la respuesta al tratamiento clínico es mejor que en otros trastornos psíquicos. Sin embargo, los trastornos psíquicos o psicosociales se distinguen por una mayor reacción a las condiciones ambientales, las variaciones clínicas son mayores y la eficacia del tratamiento psicoterapéutico es mayor.

A continuación, es importante exponer dos posibles líneas de reflexión existentes en torno a la realidad compleja de los trastornos y las enfermedades mentales, así como aproximarse a algunos conceptos básicos<sup>11</sup> con el fin de profundizar y entender un poco más esta realidad.

Es preferible hacer referencia a trastornos de la conducta, a alteraciones de la conducta o a conductas patológicas, que a trastornos mentales, ya que las primeras son observables.

En un trastorno mental se detecta un proceso psicológico alterado, pero el hecho de tener un proceso psicológico alterado no significa que se tenga un trastorno mental.

Por otra parte existen tres términos que es importante saber distinguir, ya que entre ellos existen pequeños matices:

- **Signo:** Manifestación objetiva de una alteración patológica que es observable o se puede detectar mediante el uso de aparatos tecnológicos. Ejemplos de signos son la fiebre, el llanto, conductas patológicas...
- **Síntoma:** Manifestación subjetiva de una alteración patológica que únicamente es percibida por la persona afectada, por lo que sólo puede conocerse a través de una entrevista con la misma. Ejemplos de síntomas son el dolor, la tristeza, las alucinaciones...
- **Síndrome:** Conjunto de signos y síntomas característicos de un trastorno y que habitualmente se manifiestan de forma simultánea. Un ejemplo de síndrome es el Síndrome de Asperger (F84.5), que forma parte de los trastornos generalizados del desarrollo.

Las personas con trastorno mental grave<sup>12</sup> son *“aquellas con una evolución de enfermedad de más de dos años de duración y presencia de discapacidad, entendiendo por ésta como la disfunción moderada o severa del funcionamiento laboral, social y familiar, y que al igual que personas afectadas por otras enfermedades crónicas, pueden llevar una vida normalizada y autónoma, con un adecuado tratamiento y apoyo”*. De ahí que las personas con

---

<sup>11</sup> Tema 1 “Clasificación y diagnóstico en psicopatología” de la asignatura “Psicopatología” del Grado en Trabajo Social, impartida por el profesor Javier Fernández Montalvo.

<sup>12</sup> Dirección General de Bienestar Social. (2005). *Programa de Atención a Personas con Trastorno Mental Grave*, 17.

enfermedad mental, con cierta frecuencia son un colectivo vulnerable, con discapacidades y estigmatizado.

Esta afirmación impulsa a la ONU a orientar a los gobiernos en actuaciones encaminadas a prevenir y garantizar una mayor protección a estos colectivos más vulnerables.

Además, nos enfrentamos a un fenómeno que afecta a una proporción importante de la población, por lo que su trascendencia social es considerable. Los problemas relacionados con la salud mental suponen una gran carga asistencial para la comunidad, tanto por la limitada capacidad de las personas enfermas para participar en las actividades sociales como por el gasto sanitario y social que suponen los recursos.

Concretamente, se considera que entre un 20-25% de la población mundial padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida<sup>13</sup>. Además, entre un 2-3% de la población mundial padece trastornos mentales graves.

Con respecto a las características que en Navarra tiene el fenómeno de la salud mental<sup>14</sup>, según el Instituto de Estadística de Navarra (datos del padrón a 01/01/2013), Navarra tiene una población de 644.477 habitantes<sup>15</sup>, siendo 320.933 hombres y 323.544 mujeres. De ellos y ellas, en el año 2006, que había 601.874 habitantes<sup>16</sup>, el 13% de los hombres y el 25,2% de las mujeres tenían algún trastorno mental. Esta diferencia por sexo se puede apreciar en todos los grupos de edad (16-24 años, 25-44 años, 45-64 años y más de 65 años), por lo que se puede deducir que la prevalencia de los trastornos

<sup>13</sup> Infosalud. *Entre un 20-25% de la población padecerá un trastorno ansioso-depresivo a lo largo de su vida*. [Disponible en (17/04/2014): <http://www.infosalus.com/actualidad/noticia-20-25-poblacion-padecera-trastorno-ansioso-depresivo-largo-vida-20131007141007.html>]

<sup>14</sup> Dirección de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud – Osansunbidea. (2012). *Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016*, 36-37. [Disponible en (17/04/2014): [http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Plan+de+Salud+Mental/Plan+estrategico+de+salud+mental+de+navarra.htm](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Plan+de+Salud+Mental/Plan+estrategico+de+salud+mental+de+navarra.htm)]

<sup>15</sup> Instituto de Estadística de Navarra. *Población. Cifras de población: Últimos datos de población*. [Disponible en (17/04/2014): [http://www.cfnavarra.es/estadistica/confindex.asp?i=Informaci%F3n%2BEstad%EDstica&p=ie/indice2.asp?qry=01&d=ie/idx\\_izq.asp?qry=01&b=Informaci%F3n](http://www.cfnavarra.es/estadistica/confindex.asp?i=Informaci%F3n%2BEstad%EDstica&p=ie/indice2.asp?qry=01&d=ie/idx_izq.asp?qry=01&b=Informaci%F3n)]

<sup>16</sup> Instituto de Estadística de Navarra. *Población. Cifras de población. Padrones: Población por municipios y variaciones*. [Disponible en (17/04/2014): [http://www.cfnavarra.es/estadistica/confindex.asp?i=Informaci%F3n%2BEstad%EDstica&p=ie/indice2.asp?qry=01&d=ie/idx\\_izq.asp?qry=01&b=Informaci%F3n](http://www.cfnavarra.es/estadistica/confindex.asp?i=Informaci%F3n%2BEstad%EDstica&p=ie/indice2.asp?qry=01&d=ie/idx_izq.asp?qry=01&b=Informaci%F3n)]

mentales es considerablemente mayor en mujeres que en hombres. Además, los trastornos mentales aumentan con la edad, por lo que el no tratarlos o controlarlos puede conllevar un empeoramiento de los tratamientos terapéuticos y del curso de la patología. De ahí que las personas con trastorno mental grave tengan una esperanza de vida entre 15 y 20 años menos que la población general.

A su vez, el 9% de los hombres y el 17% de las mujeres mayores de 15 años de Navarra expresa haber padecido algún trastorno mental en los últimos 12 meses, de los y las cuales más de la mitad han tenido que tomar algún tipo de medicación.

No se debe olvidar el gran impacto que el fenómeno de la salud mental tiene en el sistema familiar. De hecho, los trastornos mentales generan una enorme carga económica y emocional, tal que cuatro de cada diez familias dedican a su atención más de 8 horas al día, llegando en ocasiones a tener que abandonar las actividades laborales y de ocio.

Concretamente, se presenta la población con problemas de salud mental atendida<sup>17</sup> en los diversos recursos de la Red de Salud Mental de Navarra, lo que refleja claramente el gran impacto del fenómeno en la utilización de los servicios.

Los datos más recientes muestran que durante el año 2009 el 3% de la población navarra fue atendida en los Centros de Salud Mental, siendo la prevalencia parecida por sexo y en los diversos grupos de edad, 2,3% en menores de 65 años y 3% en mayores de 65 años. No obstante, en los diagnósticos clínicos las diferencias eran considerables. Además, la incidencia, porcentaje de casos nuevos, era menor del 1%.

A su vez, una de cada cinco personas que fueron atendidas en los Equipos de Atención Primaria (EAP) tenía algún tipo de trastorno mental.

---

<sup>17</sup> Dirección de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud – Osansunbidea. (2012). *Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016*. 40-41. [Disponible en (17/04/2014): [http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Plan+de+Salud+Mental/Plan+estrategico+de+salud+mental+de+navarra.htm](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Plan+de+Salud+Mental/Plan+estrategico+de+salud+mental+de+navarra.htm)]

Por otra parte, en el 2009, la tasa de hospitalización en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) de agudos, de estancia breve, situadas en los hospitales generales públicos de la Comunidad Foral fue del 0,20%.

Sin embargo, es importante resaltar que por diversas razones, entre las que se encuentran el estigma asociado a la enfermedad mental, el infradiagnóstico de los trastornos mentales y las deficiencias de accesibilidad a los recursos específicos, más de la mitad de las personas con enfermedad mental que requieren tratamiento no lo reciben y, de las que lo reciben, un porcentaje importante no recibe el adecuado<sup>18</sup>.

A su vez, comentar el gran impacto que está teniendo la crisis económica en el aumento de casos de trastornos depresivos y de ansiedad, entre otras razones por estar en situación de desempleo, así como por las dificultades económicas y las malas condiciones laborales por las que están pasando muchas personas. Mirando a futuro, los nuevos estilos de vida existentes en nuestra sociedad capitalista, de consumo y considerablemente influenciada por los medios de comunicación, pueden hacer que aumenten algunos trastornos mentales como los trastornos de la conducta alimentaria, la ludopatía, dependencia de sustancias tóxicas, etc.

Debido a ello, parece que existe una mayor sensibilización de los gobiernos, y de la sociedad en general, de que la salud mental es imprescindible para el desarrollo humano, social y económico de los países. De ahí que cada vez más sea considerada una condición generadora de bienestar y productividad. En relación con esta postura, los países europeos están comenzando a integrar la salud mental en objetivos estratégicos de gobierno mediante el progresivo desarrollo y puesta en marcha de políticas específicas de salud mental.

A fin de tener una visión más amplia e integral del colectivo de personas con enfermedad mental, es interesante hacer referencia a las aportaciones realizadas desde las ciencias sociales en las que se refleja:

- El gran impacto social que tienen estas enfermedades.

---

<sup>18</sup> Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*.

- Las grandes limitaciones con las que se encuentran estas personas a la hora de ejercer sus derechos como ciudadanas de pleno derecho.
- Como fenómeno social es responsabilidad pública garantizar una atención de calidad a este colectivo.

Desde este punto de vista, es interesante incorporar la realidad del estigma social y la vulnerabilidad de las personas con enfermedad mental<sup>19</sup>.

Según Goffman, el estigma<sup>20</sup> es una *“condición, atributo o rasgo que hace que su portador o portadora sea incluida en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como “culturalmente inaceptables” o inferiores”*.

Los componentes del estigma son:

- Prejuicio: Opinión previa y firme, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal.
- Estereotipo: Imagen o idea comúnmente aceptada en una comunidad, con carácter invariable, para definir las características de un determinado colectivo.
- Discriminación: Trato diferente que se da a las personas por pertenecer a una categoría determinada.
- Autoestima: Interiorización del estereotipo.
- Autodiscriminación: Interiorización de la discriminación.

El proceso de estigmatización es un fenómeno universal y tiene un carácter social, dado que es utilizado por una comunidad para emitir un juicio rápido y adoptar una actitud frente a un sujeto diferente, que es considerado una amenaza, con el fin de excluirlo de un grupo o comunidad.

Concretamente, el término estigma<sup>21</sup> proviene del griego y significa *“atravesar, hacer un agujero”*. Fue creado con el fin de aludir a los signos corporales

---

<sup>19</sup> El diario. *“Hay que acabar con el estigma de las enfermedades mentales”*. [Disponible en (19/04/2014): [http://www.eldiario.es/desalambre/blog/enfermedad\\_mental\\_6\\_56404375.html](http://www.eldiario.es/desalambre/blog/enfermedad_mental_6_56404375.html)]  
El País. *El estigma de la enfermedad mental*. [Disponible en (19/04/2014): [http://elpais.com/diario/2007/05/15/salud/1179180005\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2007/05/15/salud/1179180005_850215.html)]

<sup>20</sup> Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu editores.

<sup>21</sup> 1decada4. *Enfermedad mental y estigma*. [Disponible en (19/04/2014): <http://www.1decada4.es/volvamosapensar/enfermedadyestigma/>]



mediante los cuales se exhibía algo malo, como ocurría con los esclavos y esclavas, así como con los ladrones y ladronas que eran marcadas con hierro candente. A lo largo de la historia este concepto también ha hecho referencia a los diagnósticos que generan prejuicios sociales. Durante la Edad Media, las personas con lepra sufrieron una gran discriminación social, al igual que ocurre en la actualidad con las personas que padecen VIH/SIDA. Del mismo modo, a lo largo de la historia las personas con enfermedad mental han sufrido una constante discriminación.

Hace ya más de treinta años desde la reforma psiquiátrica y la desinstitucionalización de las personas con enfermedad mental, gracias a la cual los considerados “locos y locas” pasaron a ser ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho. Sin embargo, erradicar el estigma de la conciencia social todavía es un gran reto a futuro. Concretamente, el origen del estigma social hacia las personas con enfermedad mental radica en estereotipos y creencias falsas que provienen de muchos años de incompreensión hacia la enfermedad mental. De hecho, este gran silencio la ha convertido en un tabú, perpetuando así los estereotipos<sup>22</sup> (“las personas con enfermedad mental son violentas, no sirven para trabajar, no pueden vivir con otras personas y deben estar ingresadas en un centro”). La constante alusión a estos estereotipos ha dado lugar a sólidos prejuicios, que se pueden apreciar en pensamientos y actitudes respecto a la enfermedad mental o las personas que la padecen, sin ninguna razón de peso (“me da miedo estar cerca de una persona con enfermedad mental”). Finalmente, el prejuicio lleva a la discriminación, por la cual individuos o grupos sociales privan a otros de sus derechos o beneficios situándoles en una posición de sumisión (“no quiero que una persona con enfermedad mental se acerque a mis hijos e hijas, no le daré trabajo, no le dirigiré la palabra”).

En realidad, el estigma social tiene grandes repercusiones, ya que actúa como una etiqueta que se le asigna a la persona con enfermedad mental y que resulta muy difícil deshacerse de ella. Este hecho llega a invisibilizar a la persona hasta el punto de acabar tratándole según su enfermedad y no como una persona como otra cualquiera, error en el que en ocasiones caen algunos y algunas profesionales sociosanitarias. De hecho, el lenguaje refleja claramente

---

<sup>22</sup> Eroski Consumer. *Enfermedades mentales y estigma social*. [Disponible en (19/04/2014): <http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2013/03/03/215956.php>]

cómo cuando una persona tiene esquizofrenia, pasa a ser “esquizofrénica” y si padece depresión, es una “depresiva”. Sin embargo, esto no ocurre con otras enfermedades, ya que a la persona que tiene cáncer no se le llama “cancerosa”. Por lo tanto, una vez que esta diferencia es interiorizada socialmente, es muy complicado que la persona con enfermedad mental se integre. Además, a la hora de asumir los estereotipos de incapacidad e inutilidad, las personas con enfermedad mental sufren una gran presión interna que hace que los síntomas de la enfermedad sean más duraderos y produzcan un sentimiento de discapacidad.

Esta experiencia del estigma social puede dar lugar al desarrollo del autoestigma, cuando es la propia persona la que se siente incapacitada y fracasada, con baja autoestima y pocas expectativas de recuperación. De ahí que el autoestigma es una de las repercusiones más graves de la discriminación social. Los estereotipos y los prejuicios en muchos casos impactan en las personas con enfermedad mental hasta tal punto que terminan por interiorizarlos como verdaderos, generando en ellas reacciones emocionales negativas, la sensación de falta de dominio sobre su situación personal, de falta de confianza en su recuperación y en sus capacidades para buscar trabajo, llevar una vida normalizada o vivir de forma independiente, incluso sin tan siquiera haberlo intentado. En otras palabras, acaban asumiendo esas actitudes marginadoras y se autodiscriminan, lo que les puede llevar a fracasar en su tratamiento y a rechazar más la enfermedad mental que sus familiares o el personal de los servicios de salud mental que les atiende.

En otras palabras, el estigma marca e influye decisivamente en la respuesta social que recibe la persona con enfermedad mental que intenta integrarse en la comunidad y llevar una vida digna.

Concretamente, tal y como señalaron Thornicroft y Goldberg en 1998, *“en una sociedad como la nuestra que cada vez acepta menos el riesgo, estamos entrando en una época en la que culturalmente puede ser más fácil excluir que incluir a las personas que portan un estigma asociado a algún tipo de riesgo”*<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> Portales medicos. *La consideración de los derechos humanos en los tratamientos a pacientes psiquiátricos.* [Disponible en (22/04/2014):

Con la vuelta del enfermo o enferma a la comunidad, resurgen antiguos temores respecto al riesgo social que conlleva que las personas con enfermedad mental vivan en un contexto comunitario, reapareciendo los mitos que califican al enfermo y enferma mental como una persona potencialmente agresiva que pone en peligro la seguridad de terceros.

Al estigma derivado de la enfermedad mental, se añade la especial vulnerabilidad de las personas que padecen una patología mental.

Piers Blaikie, entre otros, define vulnerabilidad<sup>24</sup> como *“las características de una persona o grupo desde el punto de vista de su capacidad para anticipar, sobrevivir, resistir y recuperarse del impacto de una amenaza natural, implicando una combinación de factores que determinan el grado hasta el cual la vida y la subsistencia de alguien queda en riesgo por un evento distinto e identificable de la naturaleza o de la sociedad”*. La vulnerabilidad engloba las diversas situaciones, así como el proceso en el que una persona está en riesgo de pasar al espacio de la exclusión.<sup>25</sup> Entre estas situaciones de vulnerabilidad se encuentra la pobreza, si bien, es importante comentar la diferencia entre ambos conceptos. La pobreza es una situación de carencia real existente en el presente, mientras que la vulnerabilidad tiene un carácter más amplio y dinámico, al hacer referencia a la posibilidad de encontrarse en el futuro en esta situación de carencia debido a las dificultades actuales.

Más concretamente, se define la vulnerabilidad social<sup>26</sup> como *“una condición social de riesgo y de dificultad que inhabilita e invalida, de manera inmediata o en el futuro, a los grupos afectados, en la satisfacción de su bienestar en contextos sociohistóricos y culturalmente determinados, tanto en términos de condiciones de subsistencia como de calidad de vida”*.

---

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3742/3/La-consideracion-de-los-Derechos-Humanos-en-los-tratamientos-a-pacientes-psiquiatricos>]

<sup>24</sup> Blaikie, P.; Cannon, T.; Davis, I.; Wisner, B. (1996). *Vulnerabilidad. El entorno social, político y económico de los desastres*. Colombia: Tercer Mundo Editores.

<sup>25</sup> Crucella, N.; Perona; Robin, G; Rocchi, C; Silva; Vulnerabilidad y Exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares. [Disponible en (22/04/2014): <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p15.4.htm>]

<sup>26</sup> Crucella, N.; Perona; Robin, G; Rocchi, C; Silva; Vulnerabilidad y Exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares. [Disponible en (22/04/2014): <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p15.4.htm>]

En líneas generales, el término vulnerabilidad evidencia dos condiciones:

- La de los "vulnerados" y "vulneradas", que se asemeja al concepto de pobreza, al existir ya una carencia real que impide la subsistencia y desarrollo en el presente y que conlleva una incapacidad que dificulta las posibilidades de mejora en el futuro.
- La de los y las "vulnerables", que hace referencia a las personas que presentan unas frágiles condiciones de vida, las cuales tienen una alta probabilidad de empeorar en un futuro próximo.

A modo de conclusión:<sup>27</sup>

- El estigma es un obstáculo real en la intervención e integración social de las personas con trastorno mental grave y sus familias. De hecho, las personas con enfermedad mental a la hora de recuperarse deben hacer frente a una doble barrera: la propia enfermedad, así como los prejuicios y discriminaciones que reciben por el simple hecho de padecerla. De ahí que el estigma social realmente es un plus de sufrimiento que aumenta los problemas de la enfermedad y supone la principal barrera en la eficacia del tratamiento y por tanto, en la recuperación de la persona. A modo de ejemplo se puede destacar la supuesta relación existente entre violencia y trastorno mental grave que promueve actitudes discriminatorias y de temor hacia personas con enfermedad mental por parte de la población. Cuando en realidad, algunos estudios, como el de la trabajadora social María Victoria Astráin Azparren,<sup>28</sup> arrojan datos de que tan sólo un 5% de los actos violentos son atribuibles a personas con enfermedad mental, siendo este colectivo el que mayoritariamente padece más agresiones y maltratos que la población general.
- Las políticas asistenciales deben garantizar una atención de calidad que respete los derechos de las personas con trastorno mental grave. A pesar de

---

<sup>27</sup> Leticia y Dunia. *Violencia, enfermedad mental y estigma*. [Disponible en (23/04/2014): <http://3hleticiayduniaespecial.blogspot.com.es/2010/04/violencia-enfermedad-mental-y-estigma.html>]

<sup>28</sup> Astráin, MV. (2010). *Maltrato y Enfermedad Mental. Estudio de personas con enfermedad mental, víctimas de maltrato*. Proyecto de Investigación presentado como Trabajo Final del Máster en Bienestar Social: Intervención Individual, Familiar y Grupal de la Universidad Pública de Navarra.

que, según algunos estudios, una de cada cuatro personas va a padecer una enfermedad mental a lo largo de su vida, en realidad, el simple hecho de tener una enfermedad mental, ocasiona en la persona y sus familiares unos sentimientos de vergüenza y estigmatización que son la causa de que actualmente muchas personas no estén diagnosticadas ni tratadas, sobre todo al inicio del trastorno, que es cuando la eficacia del tratamiento es mayor. A su vez, el miedo de la sociedad cierra muchas puertas a estas personas en diversos ámbitos como el sanitario, laboral, de vivienda o de relaciones sociales y sexuales. En definitiva, entre los objetivos a futuro de toda la sociedad se encuentran, acabar con el estigma social y las etiquetas asignadas a las enfermedades mentales, ofrecer a las personas con enfermedad mental servicios de calidad que permitan una detección precoz y un tratamiento adecuado, digno e individual, así como fomentar la integración de las personas con enfermedad mediante acciones de sensibilización social. Para empezar a andar en esa dirección es necesario que en primer lugar cada persona se cuestione cuál es su visión de las enfermedades mentales y sus actitudes hacia las personas que las padecen.

- Mayoritariamente, las diferencias de integración o normalización existentes entre las personas con enfermedad mental no dependen tanto de su diagnóstico clínico y de las carencias de la persona causadas por la enfermedad, como de los apoyos o falta de éstos y de las actitudes de acogida o rechazo por parte del entorno.

## **2.2. Principales elementos legales-legislativos necesarios para situarse ante el fenómeno de la salud mental**

En primer lugar, comentar que en el artículo 43 de la Constitución Española<sup>29</sup> *“se reconoce el derecho a la protección de la salud”* y aparece mencionado que *“compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”*.

En relación al marco normativo, comentar que éste es muy extenso y ha sufrido una evolución significativa a lo largo de la historia, dado que la salud, y por

<sup>29</sup> Gobierno de España. *Constitución Española*. [Disponible en (25/04/2014): <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>]

tanto la salud mental, es el principio vital más importante sin el cual el resto de principios carecen de sentido. De ahí que a continuación, se presenta la normativa actual de mayor relevancia en materia de salud tanto a nivel nacional como de la Comunidad Foral de Navarra, así como específicamente en materia de salud mental.

### **2.2.1. Normativa nacional de Salud<sup>30</sup>**

- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013.
- Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, general de Sanidad.

<sup>30</sup> Gobierno de España. BOE. *Legislación nacional de Salud*. [Disponible en (25/04/2014): [https://www.boe.es/legislacion/legislacion.php?campo%5B0%5D=ID\\_SRC&dato%5B0%5D=1&operador%5B0%5D=and&campo%5B1%5D=DEROG&operador%5B1%5D=and&campo%5B2%5D=&dato%5B2%5D=salud&accion=Buscar&checkbox\\_solo\\_tit=S&operador%5B2%5D=and&page\\_hits=40&sort\\_field%5B0%5D=PESO&sort\\_order%5B0%5D=desc&sort\\_field%5B1%5D=ref&sort\\_order%5B1%5D=asc](https://www.boe.es/legislacion/legislacion.php?campo%5B0%5D=ID_SRC&dato%5B0%5D=1&operador%5B0%5D=and&campo%5B1%5D=DEROG&operador%5B1%5D=and&campo%5B2%5D=&dato%5B2%5D=salud&accion=Buscar&checkbox_solo_tit=S&operador%5B2%5D=and&page_hits=40&sort_field%5B0%5D=PESO&sort_order%5B0%5D=desc&sort_field%5B1%5D=ref&sort_order%5B1%5D=asc)]

Gobierno de Aragón. *Normativa estatal de Sanidad*. [Disponible en (25/04/2014): [http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/AreasGenericas/Legislacion/LegislacionSanidad/RecopilacionTematica/ci.01\\_Normativa\\_Estatal\\_Salud.detalleDepartamento?channelSelected=0](http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/AreasGenericas/Legislacion/LegislacionSanidad/RecopilacionTematica/ci.01_Normativa_Estatal_Salud.detalleDepartamento?channelSelected=0)]

- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de Salud.

### **2.2.2. Normativa de Salud de la Comunidad Foral de Navarra<sup>31</sup>**

- Plan de Salud de Navarra 2014-2020.
- Ley Foral 2/2013, de 14 de febrero, sobre atención sanitaria, continuada y urgente.
- Ley Foral 5/2012, de 29 de marzo, por la que se modifica la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud.
- Ley Foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
- Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de Salud en la Comunidad Foral de Navarra.
- Informe Especial sobre el catálogo de prestaciones y la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Navarra (2009), que el Defensor del Pueblo de Navarra presenta al Parlamento de Navarra.
- Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de Garantías de Espera en Atención Especializada.
  - Decreto Foral 21/2010, de 26 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de Garantías de Espera en Atención Especializada.
- Ley Foral 29/2003, de 4 de abril, por la que se modifica parcialmente la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica.
- Plan Foral de Atención Socio Sanitaria 2000.
- Decreto Foral 204/1994, de 24 de octubre, por el que se establece el procedimiento de reclamación y de propuesta de sugerencias de los ciudadanos respecto del sistema sanitario de la Comunidad Foral de Navarra.
- Decreto Foral 148/1986, de 30 de mayo, por el que se regulan las estructuras de Atención Primaria de Salud de Navarra.

<sup>31</sup> Gobierno de Navarra. *Normas generales de Salud de Navarra*. [Disponible en (25/04/2014): <http://www.lexnavarra.navarra.es/indice.asp?s=51&p=5.1>.]  
 Gobierno de España. BOE. *Legislación autonómica de Salud*. [Disponible en (25/04/2014): [https://www.boe.es/legislacion/legislacion.php?accion=Mas&id\\_busqueda=972ec882e591cb11822e1cccb4ce5bb5-80-40](https://www.boe.es/legislacion/legislacion.php?accion=Mas&id_busqueda=972ec882e591cb11822e1cccb4ce5bb5-80-40)]

- Ley Foral 22/1985, de 13 de noviembre, de zonificación sanitaria de Navarra.

### **2.2.3. Normativa específica sobre Salud Mental de la Comunidad Foral de Navarra<sup>32</sup>**

- Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016.
- Ley Foral 21/2010, de 13 de diciembre, de Salud Mental de Navarra por la que se establece la estructura orgánica de la Dirección de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
  - Ley Foral 7/2012, de 26 de abril, por la que se modifica la letra j) del apartado 1 del artículo 1 de la Ley Foral 21/2010, de 13 de diciembre, de Salud Mental de Navarra por la que se establece la estructura orgánica de la Dirección de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Resolución 2701/2005, de 16 de junio, del Director-Gerente del Instituto Navarro de Bienestar Social, por la que se encomienda a la Dirección General de Bienestar Social la realización de actividades de carácter técnico del Programa Social de Atención a Personas con Trastorno Mental Grave.
- Decreto Foral 108/2002, de 27 mayo, por el que se modifica la delimitación territorial de diversas Zonas Básicas de Salud y Sectores de Salud Mental.
- Decreto Foral 247/1998, de 17 de agosto, por el que se reestructuran los servicios de día y de rehabilitación psiquiátrica adscritos a la subdirección de salud mental de la Dirección de Atención Primaria y Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Orden Foral de 14 de septiembre de 1988, del Consejero de Salud, por la que se establece el Programa de Prevención de Minusvalías Psíquicas en la Comunidad Foral de Navarra.
- Plan de Salud Mental de Navarra 1986.

---

<sup>32</sup> Gobierno de Navarra. *Normas específicas sobre Políticas Sociales-Asuntos Sociales-Personas con enfermedad mental de Navarra*. [Disponible en (25/04/2014): <http://www.lexnavarra.navarra.es/indice.asp?s=51&p=6.4.5>.]



- Decreto Foral 244/1985, de 27 de diciembre, sobre la sectorización psiquiátrica.

Para finalizar, resaltar la importancia de que exista una legislación específica en materia de salud mental, ya que, como se ha mencionado anteriormente, las personas con enfermedad mental son uno de los colectivos sociales más vulnerables y estigmatizados. De ahí que es necesario que se supervisen todas las actuaciones de intervención con el mismo, dadas las importantes consecuencias que pueden llegar a darse de no hacerlo.

### **2.3. Descripción del estado de la cuestión: incidencia y evolución del fenómeno de la salud mental en Navarra**

En primer lugar, se considera importante abordar la trayectoria y la evolución histórica<sup>33</sup> que ha seguido en las últimas décadas el fenómeno de la salud mental en Navarra.

En general, la historia de la atención psiquiátrica en Navarra ha tenido una evolución parecida al resto de Comunidades Autónomas y de países cercanos. A modo general, pueden distinguirse tres etapas en la atención psiquiátrica en Navarra: el período anterior al siglo XX, el período del Hospital Psiquiátrico (1904-1990) y el período que va desde la reforma psiquiátrica y el primer Plan de Salud Mental de Navarra (1986) hasta la actualidad.

En relación al período anterior al siglo XX, resaltar que en Navarra nunca ha habido una tradición psiquiátrica, a diferencia de otras Comunidades Autónomas. Sin embargo, el psicólogo y médico Juan Huarte de San Juan es considerado en la actualidad el fundador de la moderna neuropsicología cognitiva y de la psicología de las diferencias individuales, así como la figura histórica más destacada de nuestra comunidad por sus importantes e influyentes aportaciones psicológicas, con su ensayo *“Examen de ingenios para las ciencias”* en 1575.

Además, existe una escasez de datos sobre la atención psiquiátrica en Navarra con anterioridad a la existencia del Manicomio Vasco-Navarro. De hecho, los

---

<sup>33</sup> Dirección de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud – Osansunbidea. (2012). *Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016*. 10-14. [Disponible en (28/04/2014): [http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Plan+de+Salud+Mental/Plan+estrategico+de+salud+mental+de+navarra.htm](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Plan+de+Salud+Mental/Plan+estrategico+de+salud+mental+de+navarra.htm)]

datos existentes hacen referencia a la presencia de algunas camas para pacientes agudos en el Hospital de la Diputación, teniendo que ser trasladados muchos de ellos y ellas al Manicomio de Zaragoza. Es aquí donde es importante resaltar que la mayor parte de los y las pacientes solían convivir con sus familias y apenas contaban con asistencia profesional. Fue esta situación la que en 1868 probablemente llevó al doctor Nicasio Landa a redactar la *“Memoria para la construcción de un Manicomio Agrícola”* como base para la edificación de un manicomio para Navarra. Este documento puede considerarse como la primera propuesta de asistencia psiquiátrica en Navarra, ya que acabó siendo el modelo fundamental para la construcción del Manicomio Vasco-Navarro, también conocido como Hospital Psiquiátrico. A la hora de elaborarlo se basó en una visión clínica de la enfermedad mental y en las corrientes más actuales existentes en Europa sobre la enfermedad mental y su tratamiento, así como en organismos europeos semejantes.

Por otra parte, con respecto al período del Hospital Psiquiátrico (1904-1990), comentar que el Manicomio Vasco-Navarro abrió sus puertas en 1904. Durante más de 80 años, el Hospital Psiquiátrico representó el eje central de la asistencia a las personas con enfermedad mental en Navarra.

No es hasta finales de los años cincuenta y principios de los sesenta, cuando en la gran parte de los países cercanos a España tiene lugar la externalización de las personas con enfermedad mental.

Sin embargo, en Navarra, este proceso no tuvo lugar hasta más de una década después. Es a raíz de la Ley General de Sanidad de 1986 cuando comienza un período de profundas transformaciones en la atención a las personas con trastorno mental en Navarra, no sólo en términos de avances terapéuticos, sino también gracias a la instauración de políticas sanitarias y sociales que paralelamente protegieron a las personas desinstitucionalizadas.

Por último, se encuentra el período que abarca desde el primer Plan de Salud Mental de Navarra (1986-2010) hasta la actualidad. Antes de la puesta en marcha de la reforma psiquiátrica, ya había tenido lugar en Navarra un indicio de externalización de las personas con trastorno mental a través de la

promoción de consultas externas en el mismo Hospital Psiquiátrico, así como con la creación de un Hospital de Día. No obstante, es a raíz del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en 1985 y la posterior Ley General de Sanidad de 1986 cuando se aprecia un progreso considerable y clave en la consideración y mejora de la asistencia de las personas con enfermedad mental. En el cap. III art. 20.1 de la Ley General de Sanidad<sup>34</sup> se recogen las ideas claves de la reforma:

- La atención y tratamiento de los problemas de salud mental de la población se llevará a cabo de manera continuada en el ámbito comunitario, promoviendo los recursos asistenciales existentes a nivel ambulatorio, así como los de hospitalización parcial y atención a domicilio. De esta forma, se incorporarán los procesos de seguimiento y evaluación de los casos.
- Únicamente en los casos en que se requiera, la hospitalización de pacientes tendrá lugar en las unidades psiquiátricas de hospitales generales.
- Con el fin de ofrecer una intervención integral y de calidad a las necesidades de las personas con trastorno mental, se llevarán a cabo servicios de rehabilitación y reinserción social, en coordinación con los Servicios Sociales.
- La atención y el enfoque será multidisciplinar, existiendo una coordinación entre los diversos y diversas profesionales.
- También en coordinación con los Servicios Sociales, los servicios de salud mental y de asistencia psiquiátrica del Sistema General de Salud atenderán los aspectos de prevención primaria y la asistencia a los problemas psicosociales resultantes de la pérdida de salud.
- La distribución de la atención por sectores.

Dicho informe planteó un nuevo modelo de servicios que englobaba la universalización de la atención sanitaria y de ahí, la integración de la salud mental en el Sistema de Salud. Esto requería un cambio en los hospitales psiquiátricos y el desarrollo de una red completa de recursos de asistencia comunitaria.

---

<sup>34</sup> Gobierno de España. *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. [Disponible en (28/04/2014): [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499)]

Una de las primeras Comunidades Autónomas en redactar y poner en marcha un plan integral de salud mental fue Navarra. De hecho, el desarrollo inicial del plan es considerado un referente, tanto por la inmediatez de su implementación, como por la incorporación del modelo de intervención comunitaria. Concretamente en Navarra, la elaboración del I Plan de Salud Mental (1986) se basó en el modelo propuesto por el Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) y desarrolló lo descrito por la Ley General de Sanidad de 1986.

El modelo asistencial puesto en marcha con el I Plan de Salud Mental apuesta por la existencia de una única Red Pública de Salud Mental, compuesta por diversas estructuras y servicios, enmarcada en el sistema sociosanitario general y cuyo recurso central son los Centros de Salud Mental (CSM) Comunitarios.

Tras varios años de la puesta en marcha de este plan, se puede poner en evidencia que el desarrollo de las diversas áreas de atención fue desigual y en ocasiones escaso, tal y como ocurrió con la prevención y el diagnóstico precoz de los trastornos mentales, el desarrollo de dispositivos asistenciales de apoyo comunitario para personas con trastorno mental grave, tanto desde el sistema sanitario como desde el Sistema de Protección Social, y el desarrollo de un plan de atención sociosanitaria.

También es importante resaltar que, entre las principales acciones del plan se encontraba tanto un ambicioso subsistema de información para salud mental, que apenas se inició, como la evaluación sistemática de los dispositivos de la Red de Salud Mental que no se llevó a cabo. A esto se unió que la Dirección de Salud Mental pasó a ser Subdirección, hecho que tuvo como consecuencia la disminución de su autonomía y capacidad de gestión.

Por otra parte, comentar que, durante todos estos años, tanto los recursos humanos como institucionales han aumentado paulatinamente y se ha creado un número considerable de servicios, propios y concertados. Sin embargo, la mejor dotación de recursos ha respondido más a criterios de zonificación geográfica que a una oferta diversificada por necesidades, perfiles, etc.

A su vez, servicios muy parecidos en términos de objetivos, recursos y población atendida han evolucionado de forma muy distinta tanto en lo referente a niveles de actividad asistencial como de calidad.

De ahí, la falta de coordinación existente entre los diversos recursos, pero especialmente entre los Centros de Salud Mental y el resto de dispositivos. Este hecho influye considerablemente en la cohesión de la Red de Salud Mental de Navarra, así como en el modelo de intervención comunitaria, cuyos recursos centrales son los Centros de Salud Mental.

Por todo ello, tras varios años desde que se implantara el I Plan de Salud Mental y tuviera lugar la externalización psiquiátrica, la situación se caracteriza por:<sup>35</sup>

- La existencia de un número considerable de personas con trastorno mental grave con un alto grado de discapacidad y con apoyos sociales insuficientes que han obstaculizado su acceso e integración en la comunidad. Habitualmente, el simple hecho de tener un trastorno mental grave impide a la persona acceder a algunos dispositivos de protección social.
- El trastorno mental grave demanda un cuidado intensivo y continuo, así como una asistencia sanitaria y de protección social simultáneas. Concretamente, esta protección debe garantizar un conjunto de derechos básicos, al mismo tiempo que un tratamiento sociosanitario de calidad.
- Debido al escaso desarrollo de recursos de protección social, las personas con trastorno mental grave tienen un gran riesgo de caer en situación de exclusión social debido a la acumulación de obstáculos como pobreza económica extrema, dificultades de inserción laboral, de acceso a la educación y cualificación profesional, a una vivienda digna, dependencia familiar, así como grandes limitaciones en las relaciones sociales y familiares. A todo esto se une el gran estigma social al que tienen que hacer frente y la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran.
- La externalización psiquiátrica implica directamente a las familias, dado que España se caracteriza por un Estado del Bienestar familista según el cual la

---

<sup>35</sup> Astrain, MV. (2010). *Maltrato y Enfermedad Mental. Estudio de personas con enfermedad mental, víctimas de maltrato*. Proyecto de Investigación presentado como Trabajo Final del Máster en Bienestar Social: Intervención Individual, Familiar y Grupal de la Universidad Pública de Navarra.

familia es el principal agente responsable del cuidado, la protección y apoyo a las personas en situación de vulnerabilidad y dependencia, a diferencia de otros países, cuyo modelo de protección no sobrecarga a las familias.

- Se aprecian graves carencias tanto en el Sistema de Protección Social como en el sanitario (saturación de los recursos, inexistencia de garantía de continuidad de cuidados, centralización e inaccesibilidad de los recursos, insuficientes niveles de protección social a este colectivo).

Esta realidad hunde sus raíces en la Ley de Servicios Sociales de Navarra de 1983 y se mantiene en la actualidad por la dificultad para conciliar una atención clínica y social simultáneamente.

- Cuando se promulgó la Ley de Servicios Sociales en Navarra en 1983, el manicomio funcionaba a pleno rendimiento, llevando a cabo una intervención social y sanitaria con las personas con trastorno mental grave. De ahí que, como las personas con enfermedad mental aún seguían institucionalizadas, el Sistema de Servicios Sociales no las tiene en cuenta en sus prestaciones y Sistema de Protección Social, entendiendo que es responsabilidad del Sistema de Salud. A raíz de la externalización psiquiátrica se desarrolla la atención sanitaria, se medicaliza la asistencia psiquiátrica, quedando sin atender las necesidades sociales de este colectivo, entendiendo desde el Sistema de Salud que la intervención social es competencia y responsabilidad del Sistema de Servicios Sociales.

Ante esta situación de necesidad y desprotección, son diversos los agentes que reaccionan, debaten y denuncian esta situación:

- En 1989, se crea la primera asociación de familiares y personas con enfermedad mental en Navarra. Surge con un objetivo reivindicativo, especialmente para sacar a luz la gran sobrecarga que sufren las familias y la escasez de dispositivos existentes que se dediquen a la asistencia y cuidado de este colectivo. Es por ello que la entidad se convierte en una pieza clave en la provisión de recursos, pero, debido a la dependencia económica de subvenciones públicas, ve limitadas sus posibilidades de denuncia.

- En 1995, las trabajadoras sociales de la Red de Salud Mental denuncian públicamente la falta de implicación de las instituciones públicas elaborando un estudio sobre las necesidades sociales de las personas con enfermedad mental, que se vuelve a repetir en el año 2000. Las profesionales participan activamente en acciones de denuncia y reivindicación con un discurso centrado en la sectorización de la asistencia a este colectivo, las áreas sin cubrir por la descoordinación existente entre las atenciones que son competencia del Sistema de Salud y las que corresponden al de Servicios Sociales, así como en el espacio sociosanitario y en la reivindicación de la responsabilidad pública en la provisión de cuidados y protección social.
- En 1996, Fundación Bartolomé de Carranza y ANASAPS realizan un estudio sobre las necesidades sociosanitarias de las personas con enfermedad mental.
- El impacto de la visibilización de las necesidades de las personas con enfermedad mental y la mayor concienciación por parte de salud y de bienestar social, presiona a los poderes públicos a movilizarse:
  - Durante 1996 y 1997, la Subdirección de Salud Mental crea un Comité de Expertos para trabajar la intervención social con personas con enfermedad mental que finaliza con un Plan de Integración Social que no llega a ponerse en marcha.
  - En 2000, se crea el Plan de Atención Sociosanitaria, a raíz del cual se integra la intervención social y sanitaria de las necesidades del colectivo de personas con trastorno mental. Sin embargo, debido a la inexistencia de partida presupuestaria y de recursos, su eficacia acaba siendo limitada. Actúa como mecanismo de mediación y coordinación entre el Sistema de Salud y Servicios Sociales.
  - En 2003, la Defensora del Pueblo redacta un informe especial al Parlamento sobre la atención a la salud mental en Navarra con el fin de proponer la elaboración del catálogo de prestaciones sociales y sanitarias para personas con enfermedad mental, siendo la atención competencia de ambos sistemas, del sanitario y del de Servicios Sociales. El documento tuvo un gran impacto político y público.

- A su vez en 2003, se crea el Foro de Salud Mental, un espacio que junta a profesionales que denuncian, reivindican y evidencian la situación de las personas con enfermedad mental, y llevan a cabo acciones con el fin de sensibilizar a la sociedad, al mismo tiempo que denunciar y presionar a las instancias públicas para que asuman responsabilidades y competencias en la asistencia a este colectivo.
- En 2006, se presenta el Plan de Atención Social a las personas con Trastorno Mental Grave, hecho que supone un hito histórico, ya que con él, el Sistema de Servicios Sociales asume su responsabilidad activa en la asistencia a las necesidades sociales de este colectivo.
- Al mismo tiempo que tiene lugar la presentación del plan, a nivel nacional se presentan unos documentos que acometen las necesidades de atención sociosanitarias de personas con enfermedad mental y denuncian su histórica desatención. A raíz de aquí comienza a surgir una competitividad entre Comunidades Autónomas con el fin de destacar por su sensibilidad y vanguardismo.
- Durante todo este tiempo, ha sido clave la gran dedicación y presión llevada a cabo por los y las profesionales de la Red de Salud Mental, así como la creciente implicación de responsables y gestores públicos y el apoyo de partidos políticos de la oposición, ya que todos ellos defendieron y reivindicaron de primera mano la atención a este colectivo históricamente olvidado. A su vez, han colaborado diversos agentes estatales mediante la propuesta de estrategias y principios de atención a la salud mental: Documento de Consenso del IMSERSO, Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, entre otros.
- En 2006, se aprueba la Ley de Servicios Sociales de Navarra, en la que incluye el derecho de las personas con enfermedad mental a los Servicios Sociales, como derecho subjetivo y universal que son.



Por otra parte, comentar que la planificación estratégica<sup>36</sup> es uno de los procedimientos más eficaces a la hora de orientar las políticas sanitarias. Es por ello que la elaboración de planes de salud es una de las herramientas principales a la hora de guiar las actuaciones sanitarias para conseguir los objetivos planteados. Un ejemplo es la estrategia de la Organización Mundial de la Salud llamada “Salud para todos el año 2000” redefinida después como “Salud para todos en el siglo XXI” (OMS, 1998). En la última década, esta estrategia ha guiado los planes de salud de los diversos países y regiones del mundo, aunque con resultados muy diferentes influenciados por diversas variables.

En los últimos años, el modelo asistencial que comenzó en los años ochenta ha recibido un gran apoyo desde instituciones supranacionales hasta tal punto que están consiguiendo que la salud mental llegue a ocupar una posición importante en el diseño de las políticas de salud en Europa.

Concretamente, las estrategias de salud mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea son un documento de apoyo para la coordinación a nivel nacional en las actuaciones en materia de prevención, promoción y asistencia integral a la salud mental, con el fin de colaborar en la cohesión del sistema sanitario. Estas estrategias intentan adaptar la organización a los constantes cambios sociales y técnicos que tienen lugar en nuestro entorno y dan preferencia a algunas líneas estratégicas entre las que se encuentran crear políticas y normativa en materia de salud mental, la promoción de la salud mental, la prevención de la enfermedad mental, la implicación de todos los agentes implicados, el desarrollo y la mejora de la atención a las personas con trastorno mental, la coordinación entre organismos, la formación de profesionales y la investigación estratégica y operativa, entre otras líneas.

En este entorno se han ido introduciendo los diversos Planes de Salud Mental de las diferentes Comunidades Autónomas, que deberían ir acompañados por planes de servicios que pudieran poner en marcha las grandes líneas estratégicas. El reto que queda por conseguir es saber cómo modificar las

---

<sup>36</sup> Dirección de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea. (2012). *Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016*. 14-17. [Disponible en (30/04/2014): [http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Plan+de+Salud+Mental/Plan+estrategico+de+salud+mental+de+navarra.htm](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Plan+de+Salud+Mental/Plan+estrategico+de+salud+mental+de+navarra.htm)]

declaraciones de los planes en acuerdos para llevar a cabo una intervención eficaz. Para ello debe haber un nexo de unión entre las Estrategias Globales, los Planes de Salud Mental de un territorio y los planes de servicios, de tal forma que sea un modelo circular que posibilite una adaptación constante de los cambios de la organización al entorno.

La mayor parte de las Comunidades Autónomas han ido redactando planes actualizados de salud mental fundamentados en las directrices internacionales y estatales. Sin embargo, en Navarra, hasta el año 2009, no se han desarrollado actualizaciones del Plan de Salud Mental de 1986. De ahí que, aunque está vigente en los aspectos claves, está obsoleto en lo relativo a la organización de la Red de Salud Mental, al modelo de gestión, a la organización de sus servicios y a la capacidad de satisfacer las necesidades asistenciales de la población en constante cambio.

El objetivo que se plantea el Plan Estratégico de la Sanidad Pública de la Comunidad Foral de Navarra 2009-2012 es la elaboración del Plan de Salud Mental de Navarra. A fin de atender las necesidades anteriormente mencionadas, se decreta la Ley Foral 21/2010 de Salud Mental que sobre todo se basa en un modelo de asistencia comunitaria y en la Estrategia de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

En definitiva, la inexistencia de actualizaciones del Plan de Salud Mental de 1986, las necesidades asistenciales emergentes, el incremento de recursos asistenciales, tanto propios como concertados, que ponen en riesgo la coordinación y la integridad de la Red de Salud Mental de Navarra, y las importantes transformaciones en la organización y gestión que introduce la Ley de Salud Mental, hacen necesaria una profunda redefinición de los objetivos en salud mental para Navarra, los cuales deberán tener un carácter estratégico y a largo plazo. De ahí que, a diferencia de otros planes que limitan su duración a 3-4 años, se considerase necesario crear el Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016, de 5 años de duración, a cuyo fin deberían haberse alcanzado los objetivos propuestos. Esta duración tiene la ventaja adicional de que el plan no se ve supeditado al transcurso de una legislatura política.

Los grandes avances que han tenido lugar en relación al ámbito de la salud mental, han supuesto una mayor presencia de este colectivo en los medios de comunicación y en la política. A su vez, se han creado políticas de atención al mismo. A la hora de ejecutarlas se evidencia:<sup>37</sup>

- Mantenimiento de grandes carencias tanto en las intervenciones sociales como sanitarias. Vacíos que en la actualidad están siendo respaldados con la causa de la “crisis económica”, que obstaculizan la puesta en marcha de proyectos y que paralizan la ejecución de distintos proyectos y obligaciones que fueron acordadas políticamente.
- Continuación de la sectorización y descoordinación existente entre la intervención social y sanitaria. Aunque bien es verdad que las personas con enfermedad mental tienen ya acceso al Sistema de Servicios Sociales, se evidencia:
  - Falta de adecuación de los criterios utilizados en la valoración del nivel de dependencia de las personas con enfermedad mental. A consecuencia de esto, muchas personas con trastorno mental quedan excluidas de las prestaciones sociales que exigen un alto grado de dependencia, no porque no sean grandes dependientes, sino porque su grave dependencia está infravalorada según los criterios vigentes.
  - Predisposición a crear recursos específicos para esta población, obstaculizando su acceso a servicios normalizados y ordinarios.
- Desplazamiento de las personas con enfermedad mental de los programas de empleo protegido o inserción laboral como consecuencia del aumento de la población en situación de vulnerabilidad y del desempleo. De esta forma están aumentando sus limitaciones a la hora de acceder a un empleo, su situación de precariedad laboral, al mismo tiempo que se mantiene la protección insuficiente por vía laboral. A esto se añade el hecho de que los trastornos mentales graves se manifiestan a edades muy tempranas en las cuales la persona aún no ha accedido a cualificación profesional ni actividad laboral, lo que conlleva que no haya generado ningún derecho de protección

---

<sup>37</sup> Astrain, MV. (2010). *Maltrato y Enfermedad Mental. Estudio de personas con enfermedad mental, víctimas de maltrato*. Proyecto de Investigación presentado como Trabajo Final del Máster en Bienestar Social: Intervención Individual, Familiar y Grupal de la Universidad Pública de Navarra.

social contributivo, dado que según el modelo de bienestar social de España algunas prestaciones requieren haber contribuido previamente a la Seguridad Social.

- Más del 80% de las personas con trastorno mental grave conviven y dependen de sus familias, siendo las mujeres las cuidadoras principales en el 75% de los casos. Se mantiene un modelo familista en el que el Estado apenas interviene sino que adquiere un rol secundario y complementario que se une al desarrollo insuficiente de los Servicios Sociales públicos. Además, se refleja una sobrecarga de las familias, cada vez de mayor edad y una capacidad protectora cada vez más escasa.
- Persistencia de un grave riesgo de exclusión social de las personas con trastorno mental grave a causa de una protección social insuficiente: extrema pobreza, dificultades de acceso a cualificación profesional y al empleo, a una vivienda, graves problemas en las relaciones y dependencia familiar.
- La mayor parte de los servicios que atienden a las necesidades sociales de las personas con enfermedad mental son de carácter privado, hecho que tiene repercusiones negativas como la oferta insuficiente de recursos, escasa competencia y capacidad de respuesta, insuficiente seguimiento y supervisión de algunos servicios gestionados por la Administración Pública, obstáculos a la hora de acceder a la información y la toma de decisiones, insuficiencia económica de las entidades sociales que pone en riesgo la continuidad de algunos servicios, falta de adecuación de la atención a la demanda, inestabilidad de los y las profesionales fruto de su situación de precariedad laboral, etc. Sin embargo, hay que destacar la implicación de algunas entidades privadas en la participación de las personas, establecimiento de redes sociales y en su papel de representación social y presión a través de la denuncia y sensibilización.
- En el momento actual existe un riesgo de obviar cada vez más la vertiente social de las personas con trastornos mentales. Esto puede ser debido, por un lado, a la situación de crisis económica generalizada, que supone un plus de estrés psicosocial a la población en general y agrava la situación social

de las personas con enfermedad mental, dada su vulnerabilidad y la estigmatización social, y por otro lado, a la progresiva “sanitarización” del sistema sanitario con la pérdida de la perspectiva de intervención biopsicosocial.

De ahí que, para satisfacer las necesidades de las personas con enfermedad mental sería de vital importancia:

- Asegurar la satisfacción de sus necesidades básicas desde un sistema público de Servicios Sociales y sanitarios y desde el modelo de universalización de las prestaciones, evitando así su riesgo de exclusión.
- Resolver la sectorización y descoordinación existente entre el Sistema de Salud y de Servicios Sociales mediante otras formas de organización que permitan gestionar recursos y prestaciones de diversa índole.
- Establecer el grado máximo de especialización de los recursos. Gran parte de los recursos y prestaciones generales debieran de englobar a las personas con trastorno mental grave, hecho que supondría una normalización e integración social efectiva.
- Elaborar un catálogo de prestaciones sociosanitarias garantizadas dentro de las prestaciones del Sistema de Salud y de Servicios Sociales, con una partida presupuestaria propia, así como ajustar los criterios e indicadores de valoración de las personas en situación de vulnerabilidad, de dependencia, etc.
- Control y responsabilidad pública aunque la provisión de servicios vaya a cargo de proveedores públicos o privados y control de riesgos como selección de pacientes, actitudes oportunistas de proveedores, claridad y accesibilidad de la información, garantía de calidad y diversidad, etc.

Para finalizar, se considera importante retomar los modos de conceptualizar a las personas portadoras de un trastorno mental grave de un modo más integral rescatando los modelos de intervención de carácter biopsicosocial.

## **2.4. Descripción del sistema de intervención ante el fenómeno de la salud mental existente en Navarra**

El hecho de que la mayoría de los trastornos mentales estén determinados por diversos factores biopsicosociales, hace necesario que la intervención con personas con trastorno mental desde la Red de Salud Mental sea de carácter integral y multidisciplinar, al amparo de las premisas anteriormente mencionadas. Esta atención debe estar complementada con la participación de ámbitos sanitarios y sociales diversos, de las personas con enfermedad mental, sus familiares, las Administraciones Públicas y la sociedad en general.

Sin embargo, es muy importante incidir en que si hay una figura profesional clave en todo este proceso, esta es la del trabajador o trabajadora social. De hecho, a pesar de que los objetivos de ingreso de los y las pacientes son de carácter clínico, sus condiciones sociales ponen en evidencia la necesidad de llevar a cabo una intervención de carácter social (adquisición de habilidades y competencias sociales, modificación del entorno familiar y social...), con el fin de que evolucionen y no impacten en su situación clínica y en la mejora de ésta.

Por todo ello, la asistencia a personas con trastorno mental requiere de una extensa y diversa red de recursos que esté estructurada en diferentes niveles y ámbitos<sup>38</sup>. En otras palabras, las personas con trastorno mental son atendidas en dispositivos de atención primaria y de atención especializada, ambulatoria y hospitalaria, comunitaria y residencial, orientados a la resolución de episodios agudos o a la rehabilitación, generalistas o especializados por diagnósticos clínicos y edad, todos ellos desarrollados en el ámbito de salud y de política social. Además, los límites entre los recursos son rígidos y su definición ha cambiado con el paso del tiempo y a lo largo de la geografía. Todo esto hace que definir un mapa coherente de todos los recursos existentes en la atención a la salud mental sea una tarea realmente difícil.

---

<sup>38</sup> Dirección de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud – Osansunbidea. (2012). *Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016*. 46-50. [Disponible en (02/05/2014): [http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Plan+de+Salud+Mental/Plan+estrategico+de+salud+mental+de+navarra.htm](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Plan+de+Salud+Mental/Plan+estrategico+de+salud+mental+de+navarra.htm)]

Esta diversidad de recursos podría favorecer la estructura organizativa del sistema siempre que pueda garantizarse la coordinación y flexibilización de los recursos.

Concretamente, la organización de la atención sanitaria a las personas con trastorno mental es llevada a cabo por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, al mismo tiempo que se interviene con el resto de problemas de salud de la población, a través de la Red de Atención Primaria y Especializada y de los Servicios de Urgencias.

A la hora de prestar asistencia sanitaria, la estructura del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea está compuesta por la interrelación entre estos dos marcos organizativos:

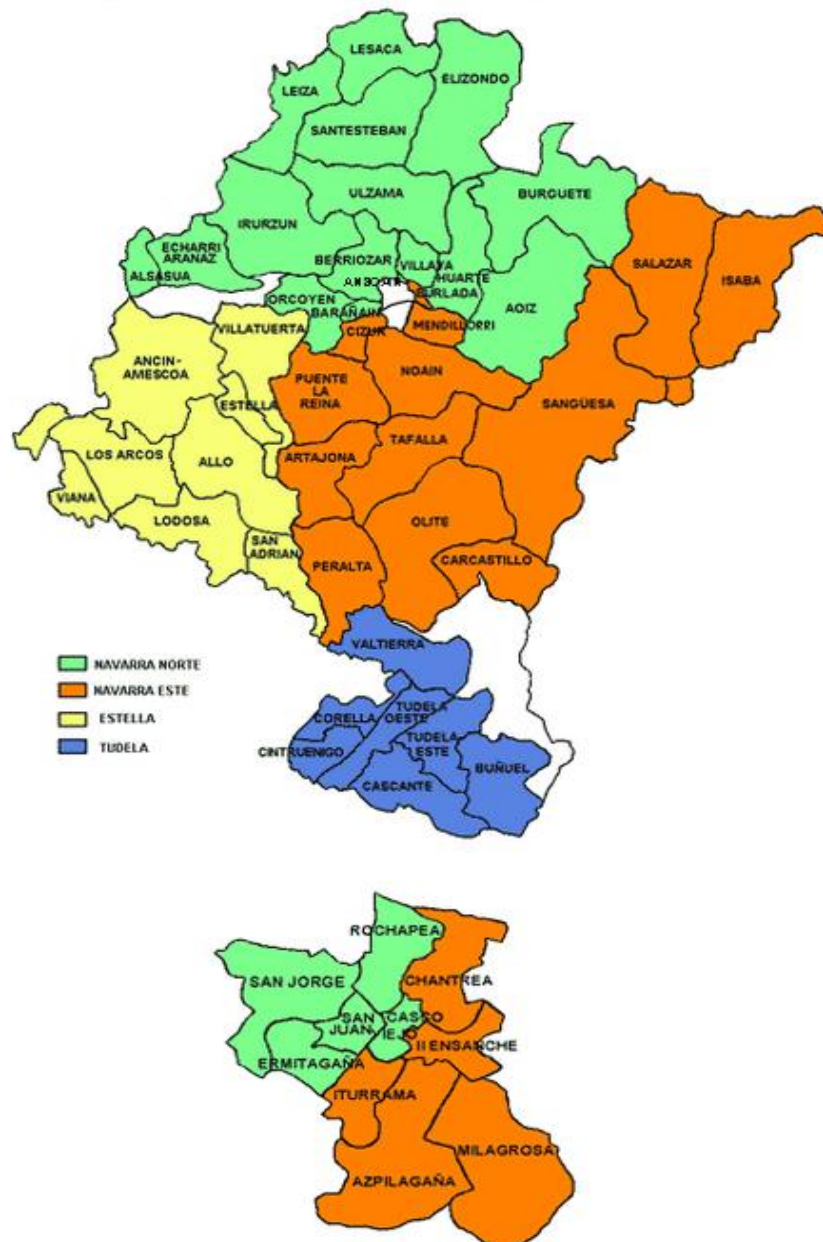
- Marco territorial mediante las Áreas de Salud y de la Zonificación Sanitaria.
- Marco funcional, que hace una distinción entre la Atención Primaria y la Asistencia Especializada.

La Ley Foral 22/1985, de 13 de noviembre, de Zonificación Sanitaria de Navarra se apoya en la Atención Primaria como núcleo y función central del sistema sanitario, y considera la Zona Básica de Salud como la referencia territorial adecuada a la hora de conseguir una asistencia integral e integradora.

Las delimitaciones sanitarias son las siguientes:

- Zonas Básicas de Salud (ZBS): Son las circunscripciones geográficas y poblacionales que funcionan como la referencia territorial de la atención primaria de salud con el objetivo de asegurar el acceso de la población a los servicios sanitarios primarios. Tal y como se puede apreciar en la figura 1, en la actualidad hay 54 Zonas Básicas de Salud.
- Sectores de Salud Mental: Actualmente, las Zonas Básicas de Salud se aglutinan en 10 sectores de salud mental, teniendo cada uno un Centro de Salud Mental de referencia (tabla 1).
- Áreas de Salud: Constituyen las delimitaciones territoriales de las actuaciones y servicios sanitarios más eficaces. Son responsables de la gestión descentralizada de los centros y dispositivos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en su referencia territorial y de las prestaciones y

programas sanitarios a desarrollar por ellos. Las Zonas Básicas de Salud se engloban en tres áreas: Pamplona, Tudela y Estella.



**Figura 1.** Zonificación Sanitaria de Navarra



**Tabla 1.** Sectores de Salud Mental (padrón a 01/01/2009).

SECTOR	Z.B.	ZONAS BASICAS
IA-Casco Viejo	1	Altsasu/Alsasua
	2	Etxarri-Aranatz
	3	Irurtzun
	4	Leitza
	19	Casco Viejo-I Ensanche
	61	Azpilagaña
IB-Burlada	5	Lesaka
	6	Elizondo
	7	Doneztebe/Santesteban
	8	Ultzama
	9	Auritz/Burguete
	10	Aoiz
	11	Huarte
	12	Villava
IC-Buztintxuri	13	Burlada
	14	Berriozar
	15	Orcoyen
	16	San Jorge Buztintxuri (estimada)
ID-Ansoain	17	Rochapea
	64	Ansoain Nuevo
	18	Chantrea
IIA-Milagrosa	20	II Ensanche
	21	Milagrosa
	27	Puente la Reina
	28	Noáin
	29	Sangüesa
	30	Valle de Salazar
	31	Isaba
IIB-Ermitagaña	24	Ermitagaña
	25	Cizur
	65	Echavacoiz
	26	Barañáin
IIC-San Juan	22	Iturrama
	23	San Juan
	63	Mendillorri
Estella	32	Estella
	33	Villatuerta
	34	Allo
	35	Ancín-Améscoa
	36	Los Arcos
	37	Viana
	38	Lodosa
	39	San Adrián
Tafalla	40	Tafalla
	41	Artajona
	42	Carcastillo
	43	Olite
	44	Peralta
Tudela	45	Tudela Oeste
	46	Tudela Este
	47	Valtierra-Cadreita
	48	Corella
	49	Cintruénigo
	50	Cascante
	51	Buñuel

Se mantienen las Direcciones de las Áreas de Salud de Tudela y de Estella como órganos periféricos de gestión.

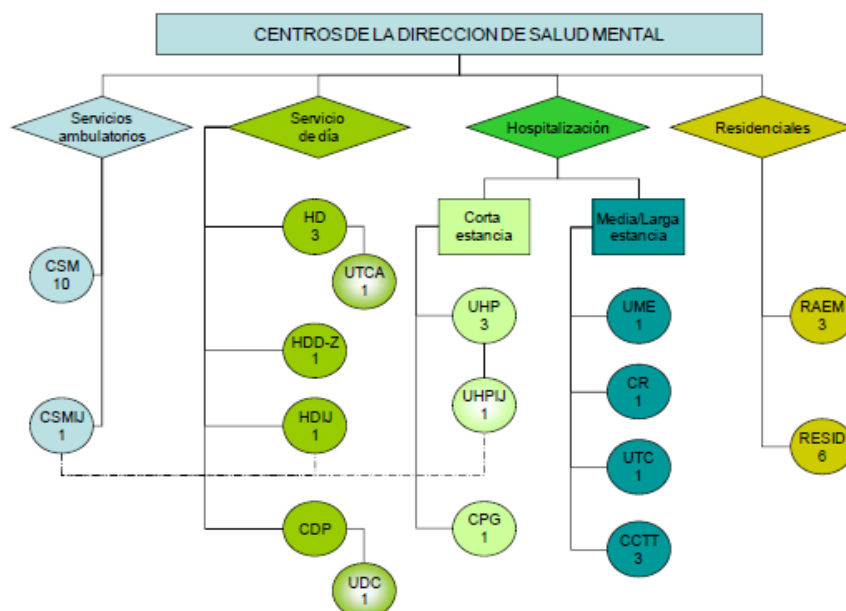
En Diciembre de 2010 se crea la Dirección de Salud Mental de la que dependen todos los dispositivos sanitarios especializados en la atención de personas con trastorno mental.

Concretamente, la red de recursos de atención a la salud mental en Navarra está organizada en dos niveles:

- Centros de Salud Mental (CSM), que son el núcleo central de la atención a las personas con trastorno mental.
- Resto de servicios de Salud Mental, que funcionan como una red de apoyo a los Centros de Salud Mental, dado que están especializados en determinados servicios, grupos de edad y/o diagnósticos clínicos. Estos dispositivos están en marcha desde la promulgación de la Ley de Salud Mental en Servicios Hospitalarios, Intermedios y Ambulatorios. La red cuenta con servicios públicos y concertados en los diversos niveles de atención, así como servicios dependientes del Complejo Hospitalario de Navarra y de las Áreas de Tudela y Estella.

Navarra ha apostado por modificar y mejorar el modelo de atención a las personas con trastorno mental grave, promoviendo y trabajando para que puedan hacer vida en la comunidad gracias a la red de dispositivos especializados de rehabilitación psicosocial, rehabilitación laboral, atención residencial y soporte comunitario que actúan con el fin de favorecer y apoyar la integración social de este colectivo. Para conseguirlo, es necesario que esta red de recursos trabaje de manera complementaria y coordinada con la red de dispositivos sanitarios de salud mental, tal y como queda reflejado en el Plan Foral de Atención Sociosanitaria (2000).

Por otra parte, Navarra cuenta con una amplia red de recursos sanitarios especializados de salud mental recogidos en la figura 2.



**Figura 2.** Centros especializados dependientes la Dirección de Salud Mental de Navarra (los números indican el número de centros de cada tipo).

CCTT: Comunidades Terapéuticas.

CDP: Centro de Día Psicogeriátrico.

CPG: Clínica Psicogeriátrica.

CR: Clínica de Rehabilitación.

CSM: Centros de Salud Mental.

CSMIJ: Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil.

HD: Hospital de Día.

HDD-Z: Hospital de Día de Drogodependencias.

HDIJ: Hospital de Día Infanto-Juvenil.

RAEM: Residencia Asistida para Enfermos Mentales.

RESID: Residencias Psicogeriátricas.

UDC: Unidad de Deterioro Cognitivo.

UHP: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.

UHPIJ: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil.

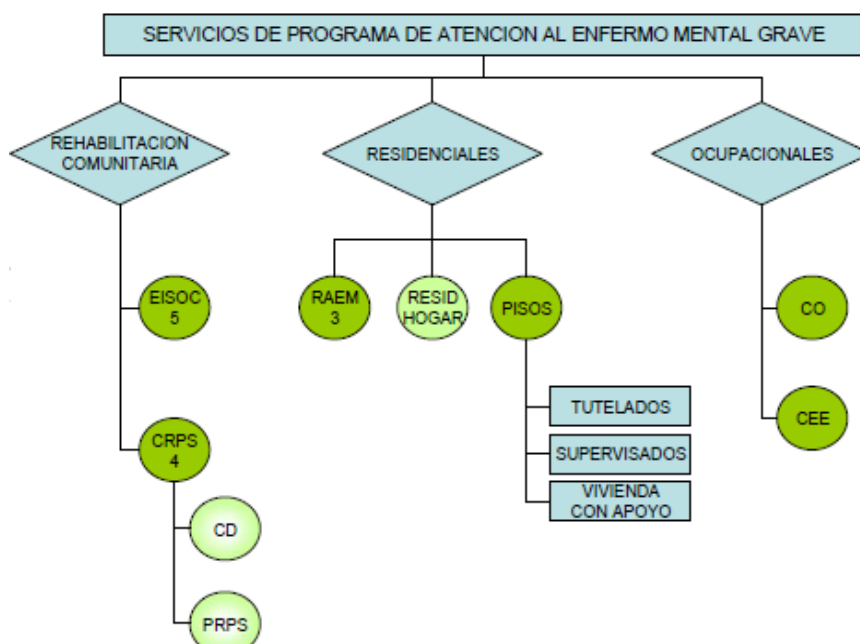
UME: Unidad de Media Estancia.

UTC: Unidad de Tratamiento Continuo.

UTCA: Unidad de Trastornos de la Conducta Alimenticia.

Por último, se encuentra la red de recursos sociales y sociosanitarios especializados en la atención a personas con trastorno mental grave,<sup>39</sup> desarrollada e incluida en el Programa de Atención al Trastorno Mental Grave, dependiente de Departamento de Política Social, Familia, Juventud y Deporte y diseñada por la Dirección General de Política Social y Cooperación al Desarrollo y la ANAP (Agencia Navarra para la Autonomía de las Personas) en colaboración con el Programa de Atención Sociosanitaria de Departamento de Salud.

Estos recursos están dirigidos a personas de entre 18 y 65 años afectadas por trastornos mentales graves. Estos servicios aparecen en la figura 3.



**Figura 3.** Servicios de atención especializada a personas con enfermedad mental grave (ANAP).

CD: Servicio de Centro de Día en centros de Rehabilitación Psicosocial.

CEE: Centro Especial De Empleo.

CO: Centro Ocupacional.

CRPS: Centro de Rehabilitacion Psicosocial.

<sup>39</sup> Dirección de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud – Osansunbidea. (2012). *Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016*. 56-57. [Disponible en (02/05/2014): [http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Plan+de+Salud+Mental/Plan+estrategico+de+salud+mental+de+navarra.htm](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Plan+de+Salud+Mental/Plan+estrategico+de+salud+mental+de+navarra.htm)]

EISOC: Equipo de Intervención Sociocomunitaria.

PISOS: Tutelados, Supervisados y Vivienda con Apoyo.

PRPS: Servicio de Rehabilitación Psicosocial.

RAEM: Residencia Asistida para Enfermos Mentales.

RESID HOGAR: Residencias Hogar.

### 3. ESTUDIO DE CASOS

#### 3.1. Contextualización

El estudio de caso se enmarca en el Hospital de Día Psiquiátrico I de Salud Mental,<sup>40</sup> que es un hospital clínico integrado dentro de la Red de Salud Mental de Navarra y ubicado en el Pabellón Blanco del Hospital de Navarra. Ofrece un tratamiento farmacológico y psicológico (individual, grupal y social) de carácter intensivo, durante un período breve de tiempo, sin aislamiento familiar y social, es decir, en hospitalización parcial. Es un recurso intermedio suprasectorial, de régimen abierto (ingreso voluntario) y de atención diurna, de titularidad pública (Gobierno de Navarra) pero de gestión privada (Fundación Argibide).

Está dirigido a personas jóvenes y adultas de ambos sexos en situación clínica aguda y subaguda, que requieren tratamientos en situación de crisis aguda, valoración diagnóstica, tratamiento intensivo de su situación clínica o iniciar Programas de Rehabilitación.

El centro cuenta con un equipo terapéutico multidisciplinar (Trabajo Social, Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería, Terapia Ocupacional y Administración).

La población objeto de estudio versa sobre las 32 personas diferentes que han estado ingresadas en Hospital de Día I desde el 19 de febrero hasta el 16 de abril de 2014.

#### 3.2. Material y métodos

Para llevar a cabo el presente estudio ha sido necesario consultar una serie de manuales, así como la historia clínica y social de todos y todas las pacientes ingresadas en el Hospital de Día I durante el período de tiempo antes mencionado. Concretamente, las publicaciones son las siguientes:

---

<sup>40</sup> Ayuntamiento de Pamplona. *Hospital de Día I de Salud Mental – Pabellón Blanco Hospital de Navarra*. [Disponible en (04/05/2014): <http://www.pamplona.es/VerPagina.asp?idPag=20-36821&idioma=1>]

Para la elaboración de este apartado me he basado en el folleto informativo del Hospital de Día I de Salud Mental.

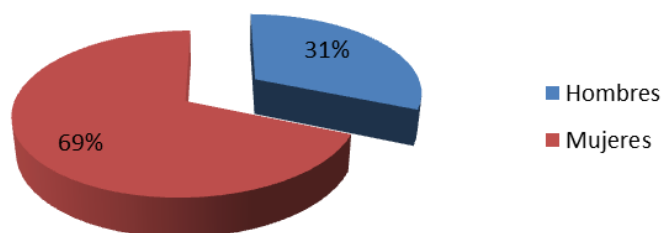
- CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Versión multiaxial para adultos<sup>41</sup>.
- Manual de indicadores para el diagnóstico social<sup>42</sup>.
- Escala de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud<sup>43</sup>.

En relación a las historias clínicas y sociales de los y las pacientes, comentar que se les ha pedido autorización previa para poder utilizar sus datos a la hora de elaborar la base de datos y explotarla para su posterior análisis.

Concretamente, la elaboración de la base de datos y su posterior explotación, ha sido realizada mediante el programa de análisis estadístico Gambia BarbWin (Versión 7), mientras que la elaboración de los gráficos ha sido realizada con Microsoft Excel 2010.

### 3.3. Resultados y su discusión

Partimos con una población objeto de estudio de N = 32, distribuida según sexo de la siguiente manera.



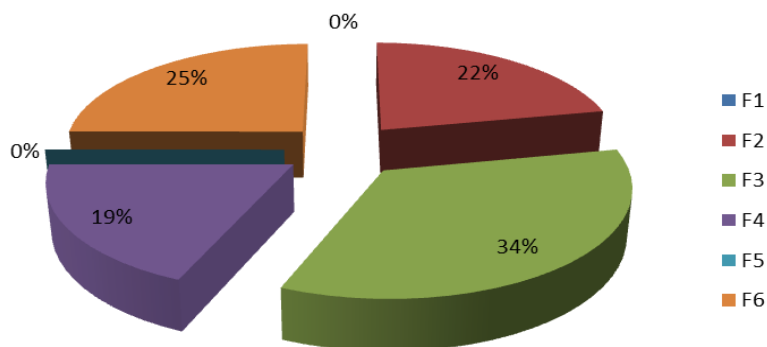
**Figura 4.** Población objeto de estudio según sexo

<sup>41</sup> Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Versión multiaxial para adultos*. Madrid: Meditor.

<sup>42</sup> Martín, M.; Vegas, A.; Miranda, F. (1996). *Manual de indicadores para el diagnóstico social*. Bilbao: Colegio de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de la Comunidad Autónoma Vasca.

<sup>43</sup> Organización Mundial de la Salud. (1988). *WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS)*. Genève: WHO

Los diagnósticos clínicos que presenta la población son los siguientes.



**Figura 5.** Diagnóstico clínico de la población

F1: Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas.

F2: Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

F3: Trastornos del humor/afectivos (trastorno bipolar, episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente).

F4: Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (trastorno de ansiedad y trastorno obsesivo compulsivo).

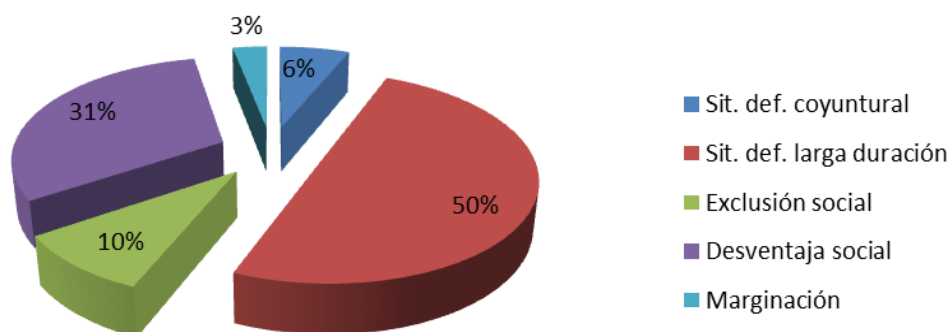
F5: Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

F6: Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

Puesto que el objeto de estudio de este trabajo es evidenciar las condiciones sociales que presentan las personas que acuden a Hospital de Día I, a continuación, se exponen todas las situaciones sociales que configuran el diagnóstico social de las personas ingresadas, en base al diagnóstico social, al grado de discapacidad y a los factores ambientales y circunstanciales que les rodean (según las fuentes anteriormente mencionadas).

En primer lugar, los diagnósticos sociales predominantes son los de situación deficitaria de larga duración y desventaja social.





**Figura 6.** Diagnóstico social de la población

Situación deficitaria coyuntural: Cobertura adecuada de todas las necesidades básicas, pero posible presencia de algún déficit leve.

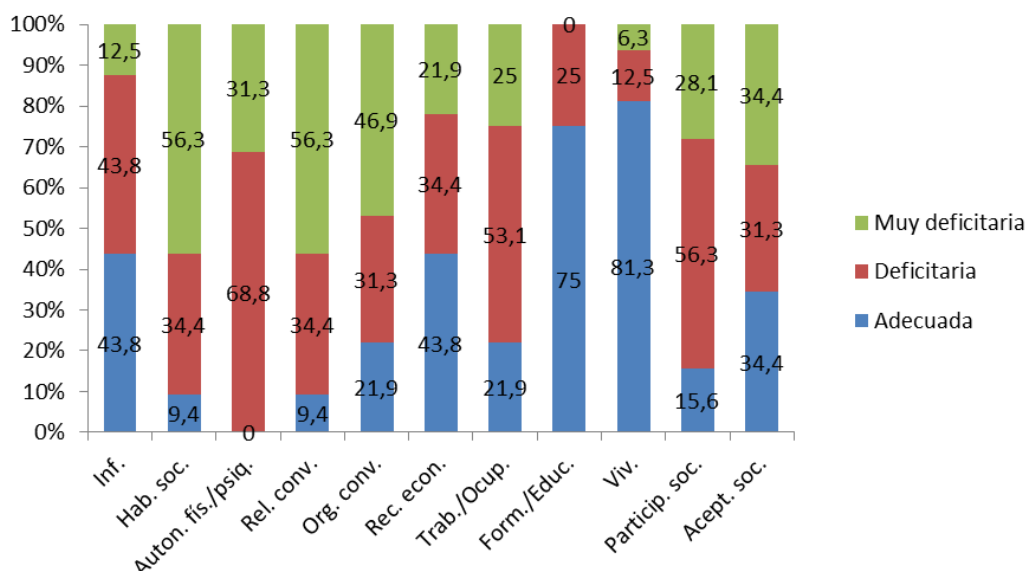
Situación deficitaria de larga duración: Dificultades en las necesidades básicas de habilidades sociales, autonomía física/psíquica, relación convivencial y organización de la unidad convivencial.

Exclusión social: Dificultades de intensidad en las necesidades básicas de formación, trabajo/ocupación y recursos económicos.

Desventaja social: Situación de gravedad máxima en la necesidad básica de aceptación social.

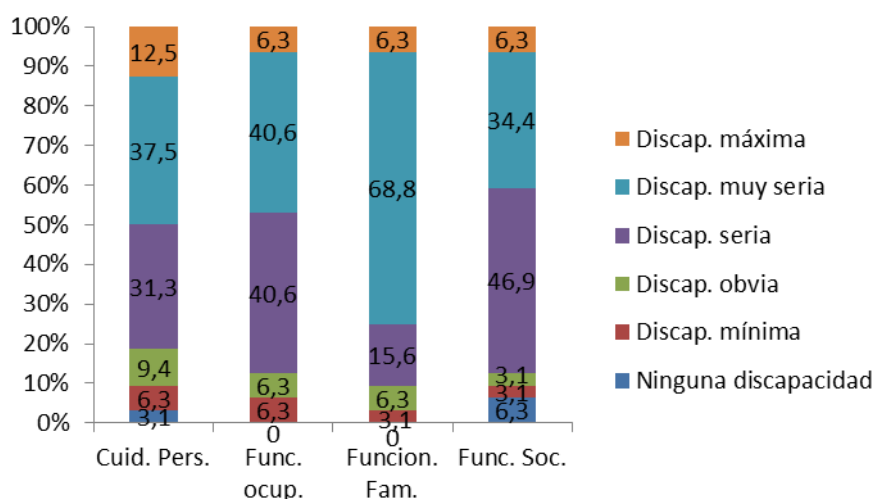
Marginación: Graves carencias en todas las necesidades básicas.

Concretamente por áreas, las personas cuentan con dificultades considerables en todas las áreas, siendo el área más deficitaria la de autonomía (califica al menos como deficitaria por el hecho de que la persona tenga que seguir un tratamiento), en contraposición con las áreas de formación/educación y vivienda que son las más conservadas.



**Figura 7.** Diagnóstico social de la población por áreas

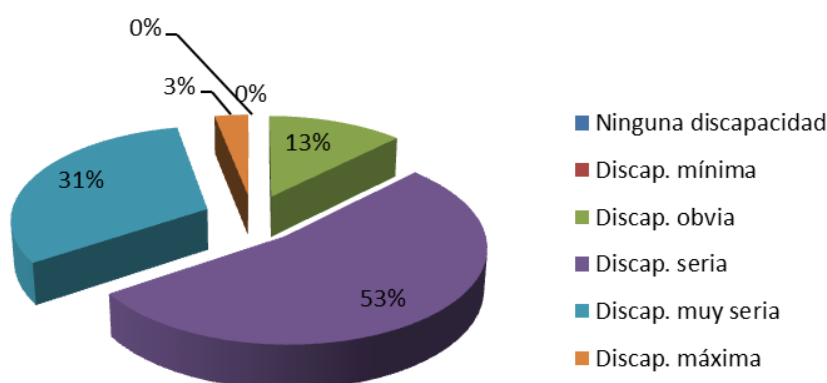
Con respecto a la discapacidad, ésta se distribuye por áreas (ver anexo I). Concretamente, las personas cuentan con un grado muy importante de discapacidad en todas las áreas, siendo muy significativa la gravedad de la discapacidad en las áreas de funcionamiento familiar y ocupacional, ya que todas las personas tienen un mínimo grado de discapacidad en esas áreas.



**Figura 8.** Discapacidad de la población por áreas

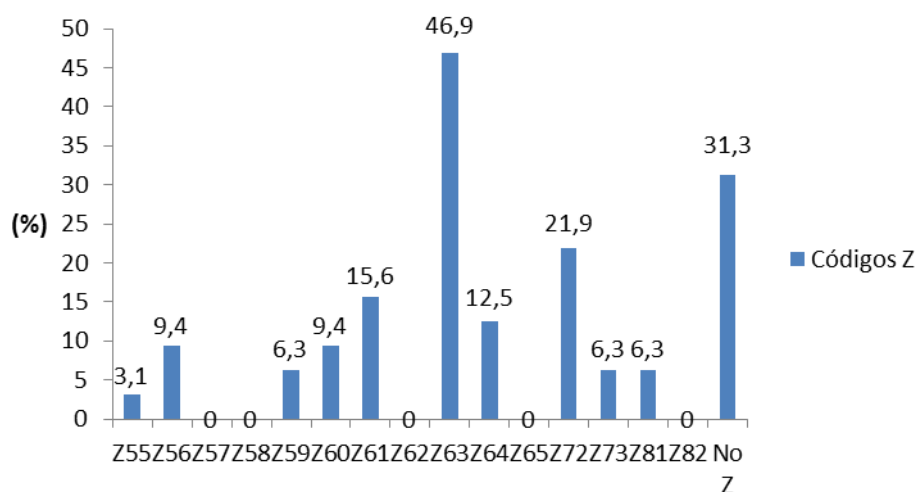
En este trabajo, debido al pequeño tamaño de la población, a fin de dar una idea general del grado de discapacidad, se ha hecho un cálculo de la media de discapacidad, que es un valor que en la práctica profesional no existe.

La mayoría de las personas presentan un grado de discapacidad serio y muy serio. Resaltar que no hay ninguna persona sin discapacidad o con una discapacidad mínima.



**Figura 9.** Discapacidad de la población

En relación a los códigos Z o factores ambientales y circunstanciales de la población, resaltar la presencia de problemas relacionados con el grupo de apoyo primario, incluidas las circunstancias familiares, y con el estilo de vida.



**Figura 10.** Factores ambientales y circunstanciales de la población

Z55: Problemas relacionados con la educación y el alfabetismo.

Z56: Problemas relacionados con el empleo y el desempleo.

Z57: Exposición a factores de riesgo ocupacional.

Z58: Problemas relacionados con el medio ambiente físico.

Z59: Problemas relacionados con circunstancias económicas y de la vivienda.

Z60: Problemas relacionados con el ambiente social.

Z61: Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez.

Z62: Otros problemas relacionados con la crianza del niño o niña.

Z63: Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario, incluidas las circunstancias familiares.

Z64: Problemas relacionados con algunas circunstancias psicosociales.

Z65: Problemas relacionados con circunstancias legales.

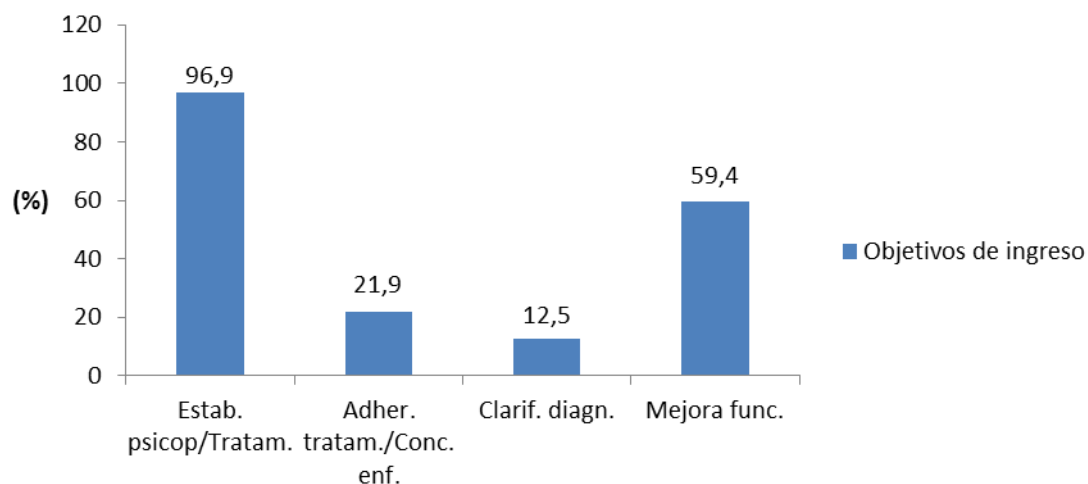
Z72: Problemas relacionados con el estilo de vida.

Z73: Problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida.

Z81: Antecedentes familiares de alteraciones mentales o del comportamiento.

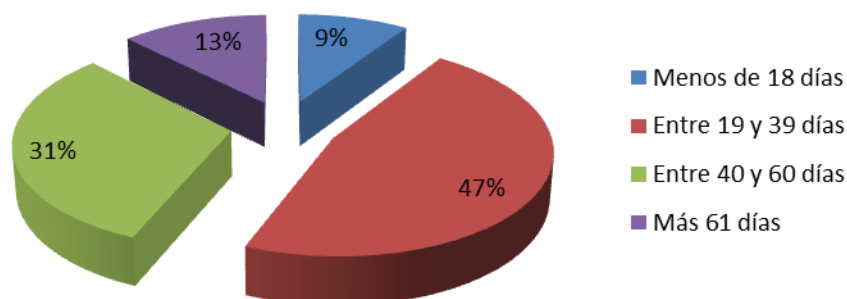
Z82: Antecedentes familiares de ciertas discapacidades físicas o de enfermedades crónicas incapacitantes.

Los objetivos de ingreso por los que la población es derivada a Hospital de Día I son prioritariamente clínicos, pero también existe un número importante de personas que acuden al centro, además de con objetivos clínicos, con objetivos de carácter social, enunciados como “mejora de la funcionalidad” que aglutina favorecer la inserción social, la mejora de la autonomía, de la convivencia familiar y social, etc. Es decir, las personas pueden ser derivadas con más de un objetivo. Estos son los cuatro objetivos, se ha hecho un sumatorio del porcentaje de personas que han acudido con cada objetivo, pudiendo haber personas que estén presentes en todos ellos.



**Figura 11.** Objetivos de ingreso de la población

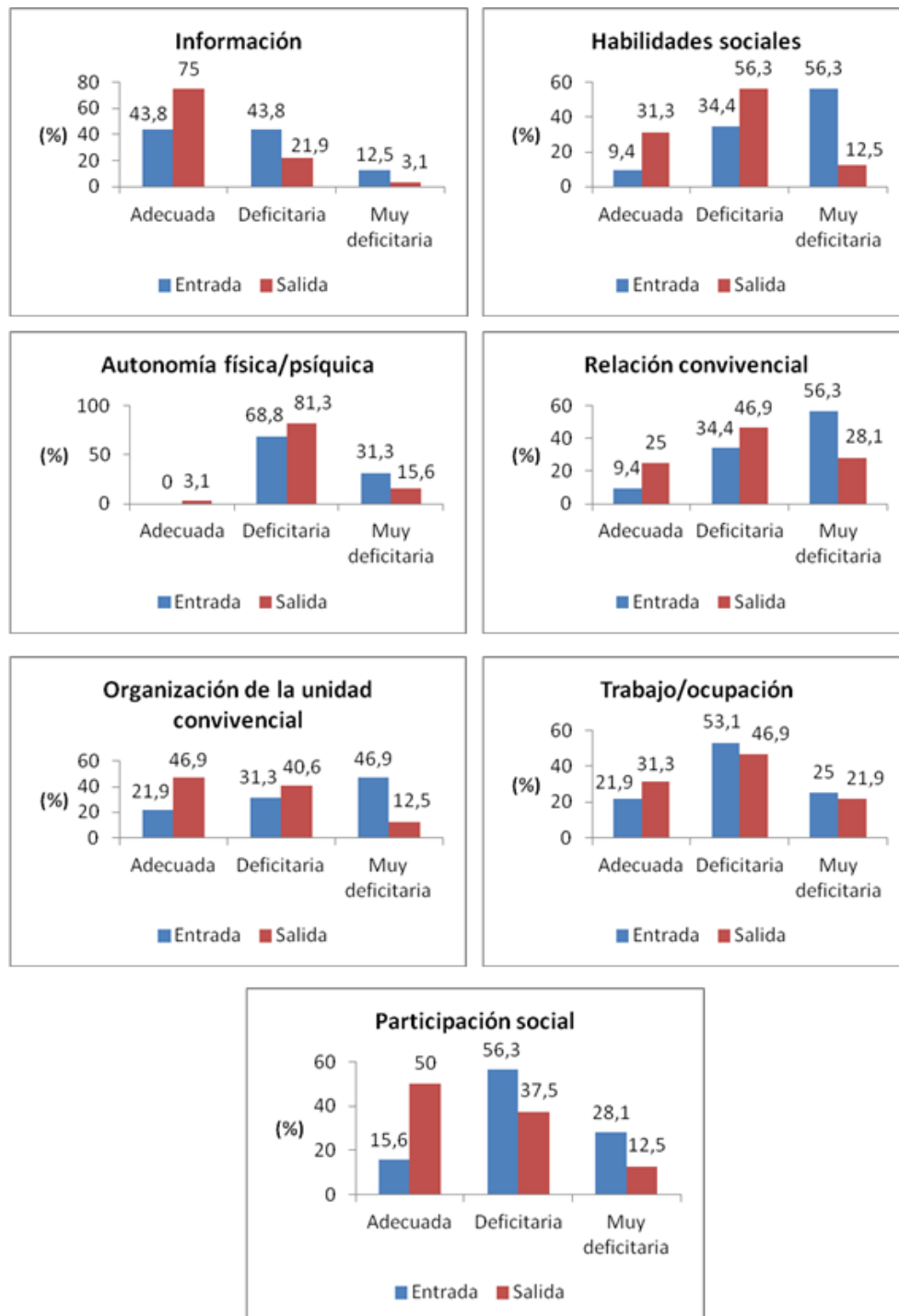
Con respecto al tiempo de estancia de la población, comentar que la mayoría ha permanecido en el centro durante una estancia de entre 19 y 39 días, siendo la media de 37 días aproximadamente.



**Figura 12.** Tiempo de estancia de la población

A su vez, comentar que en el Hospital de Día I, conscientes de la importancia de las condiciones sociales de las personas que acuden al servicio y de la necesidad de intervenir en este sentido, se lleva a cabo una intervención social a fin de contribuir a la mejora de su situación global.

Con el propósito de evidenciar la eficacia de esta intervención, se presentan las áreas del diagnóstico social que evolucionan durante la estancia. Éstas son las de información, habilidades sociales, autonomía física y psíquica, relación convivencial, organización de la unidad convivencial, trabajo/ocupación y participación social.



**Figura 13.** Evolución de las áreas del diagnóstico social de la población

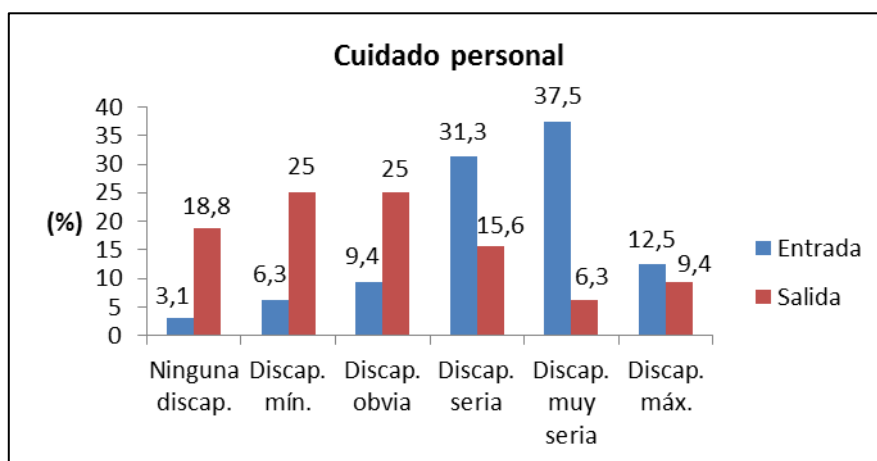
Sin embargo, hay algunas áreas que no mejoran, éstas son aquellas referidas a los recursos económicos, formación/educación, vivienda y aceptación social. Las tres primeras áreas se pueden considerar elementos estructurales sobre los que el Sistema de Salud no tiene competencia y cuya intervención excede a

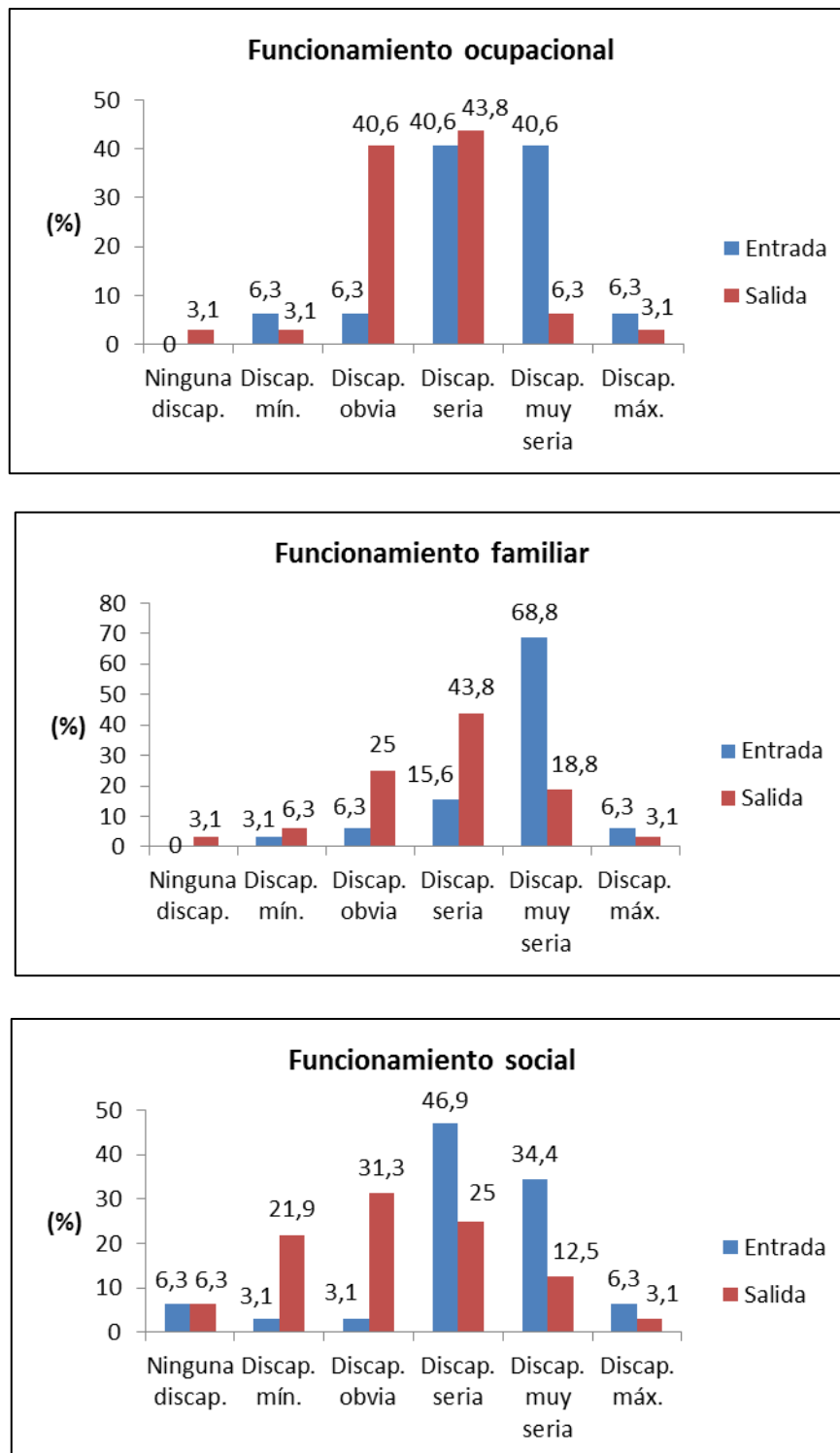
la capacidad de intervención social de profesionales del ámbito de la salud mental. Se entiende que la intervención en estas áreas es competencia del Sistema de Servicios Sociales.

A su vez, resaltar que, aunque las personas experimentan una evolución en el área de trabajo/ocupación, ésta no se produce tanto en cuanto al acceso al mercado laboral ordinario sino a actividades ocupacionales, desplazamiento que tiene un carácter estructural institucionalmente “justificado” por el contexto de crisis económica en el que nos encontramos.

En lo que respecta al área de aceptación social, éste es un ámbito en el que no es posible la evolución puesto que si a lo largo de su vida una persona ha sufrido alguna experiencia de discriminación, se registra la experiencia como deficitaria o muy deficitaria.

Por otra parte, en relación a la discapacidad, las personas experimentan una evolución significativa en las cuatro áreas. Resaltar el área de funcionamiento social, en el cual se mantiene a la entrada y a la salida el porcentaje de personas en una situación adecuada.



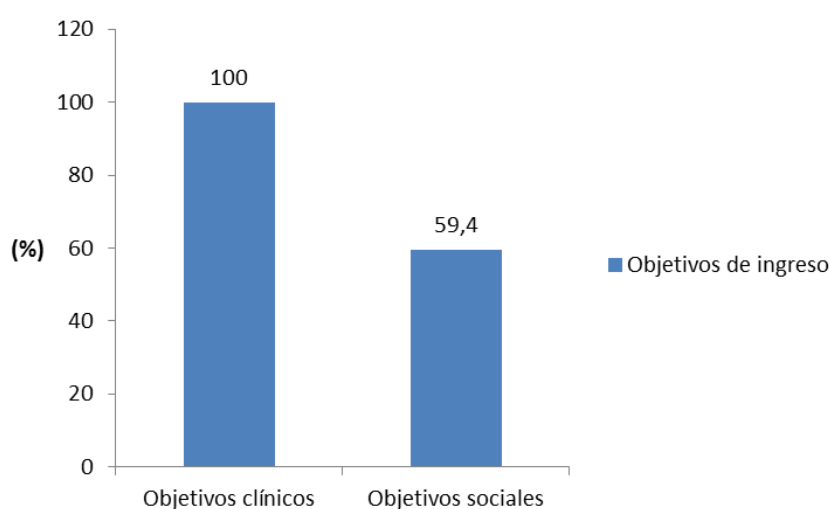


**Figura 14.** Evolución de las áreas de la discapacidad de la población

Puesto que el Hospital de Día I es un dispositivo clínico, se aprecia una progresiva sanitarización en la atención a la salud mental. En ocasiones existe desde instancias de gestión el cuestionamiento de que determinados recursos



sanitarios se están convirtiendo en recursos sociales cuyo objetivo es atender prioritariamente situaciones sociales frente a las situaciones clínicas. Sin embargo, como se ha visto en la figura 11 y se puede ver en la figura 15, mientras todas las personas que acuden a Hospital de Día I son derivadas con objetivos clínicos, no hay nadie que ingrese con objetivos exclusivamente sociales. Concretamente, un 59,4% de las personas acuden con objetivos sociales, además de con objetivos clínicos. Siendo objetivos sociales (mejora de la funcionalidad) y objetivos clínicos (estabilización psicopatológica/tratamiento, adherencia al tratamiento/conciencia de enfermedad y clarificación diagnóstica).

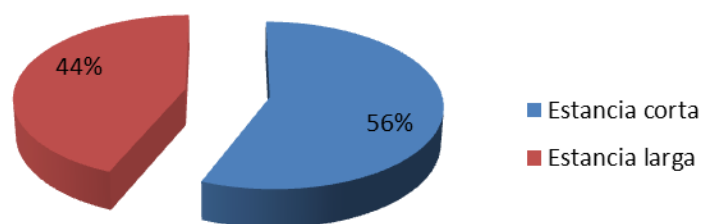


**Figura 15.** Objetivos de ingreso de la población según su carácter

Con la presentación de los datos que a continuación se plasman se pretende estudiar:

- Si las personas que presentan situaciones sociales más graves son ingresadas además con objetivos sociales.
- Si las personas que presentan situaciones sociales más graves permanecen más tiempo en Hospital de Día I.
- Si la evolución en la situación social de las personas ingresadas en Hospital de Día I es más favorable en función del tiempo de estancia.

Para ello, en primer lugar es necesario presentar el tiempo de estancia, que en este caso se refleja en dos categorías: estancia corta (hasta 39 días) y estancia larga (a partir de 40 días).



**Figura 16.** Tiempo de estancia de la población

A fin de que pueda haber una mayor significación en los datos, se aglutina el diagnóstico social y la discapacidad en dos categorías:

- Diagnóstico social menos grave (situación deficitaria coyuntural y situación deficitaria de larga duración).
- Diagnóstico social grave (exclusión social, desventaja social y marginación).
- Discapacidad menos grave (ninguna discapacidad, discapacidad mínima y discapacidad obvia).
- Discapacidad grave (discapacidad seria, discapacidad muy seria y discapacidad máxima).

Con respecto a la relación entre las situaciones sociales que presentan las personas y los objetivos de ingreso, no parece que haya una asociación entre la gravedad de la situación social y que las personas sean derivadas con objetivos sociales. Es decir, las personas con condiciones sociales más graves no siempre son derivadas al servicio con objetivos sociales.

**Tabla 2.** Relación entre los objetivos y las situaciones sociales de entrada de la población

	Objetivos clínicos	Objetivos sociales
<b>DIAGNÓSTICO SOCIAL (% EN HORIZONTAL)</b>		
<b>Menos grave</b>	100	66,7
<b>Grave</b>	100	50
<b>DISCAPACIDAD</b>		
<b>Menos grave</b>	100	50
<b>Grave</b>	100	60,7
<b>CÓDIGOS Z</b>		
<b>No Z</b>	100	50
<b>Sí Z</b>	100	63,6

En cuanto a la relación entre las situaciones sociales que presentan las personas que acuden a Hospital de Día y el tiempo de estancia, comentar que del total de personas que tienen una situación social menos grave, la mayoría permanece en Hospital de Día I menos tiempo.

Sin embargo, atendiendo a las personas que presentan situaciones sociales más adversas, esta población se distribuye indistintamente en estancias cortas y largas. De ahí que la gravedad de la situación social no parece condicionar el tiempo de estancia en el centro.

**Tabla 3.** Relación entre las situaciones sociales de la población a la entrada y el tiempo de estancia

	<b>TIEMPO DE ESTANCIA</b>	
	<b>Estancia corta</b>	<b>Estancia larga</b>
<b>DIAGNÓSTICO SOCIAL (% EN HORIZONTAL)</b>		
<b>Menos grave</b>	61,1	38,9
<b>Grave</b>	50	50
<b>DISCAPACIDAD</b>		
<b>Menos grave</b>	100	0
<b>Grave</b>	50	50
<b>CÓDIGOS Z</b>		
<b>No Z</b>	60	40
<b>Sí Z</b>	54,5	45,5

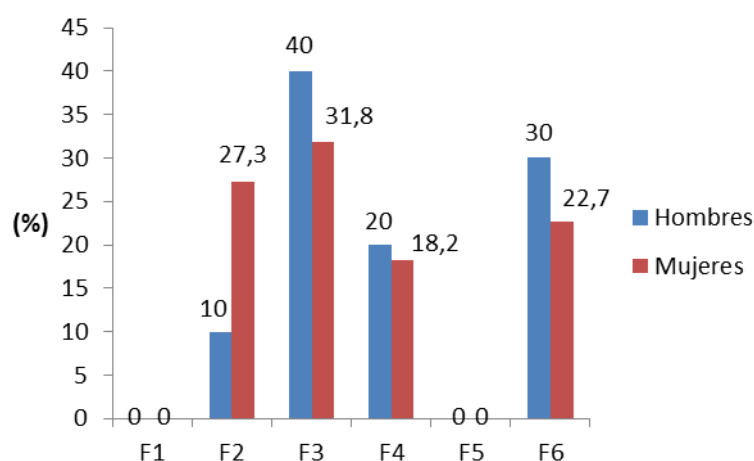
Como se ha evidenciado con anterioridad (figura 13), se aprecia una evolución favorable en la situación social de las personas que ingresan en Hospital de Día I, a lo largo de su estancia. Las áreas que evolucionan más significativamente son las de información, habilidades sociales, autonomía física/psíquica, relación convivencial, organización convivencial, trabajo/ocupación y participación social. De ahí que a continuación sólo se presentan estas áreas.

Si asociamos la evolución de las situaciones sociales con el tiempo de estancia (figura 17, ver anexo II), se aprecia que no existen diferencias en la evolución de las situaciones sociales, en las diversas áreas, entre las personas que permanecen en el centro durante una estancia corta y las que han estado una estancia larga.

Lo mismo sucede con la discapacidad, no existen diferencias en la evolución del grado de discapacidad, en las diversas áreas, entre las personas que permanecen en el centro durante una estancia corta y las que han estado una estancia larga (figura 18, ver anexo III).

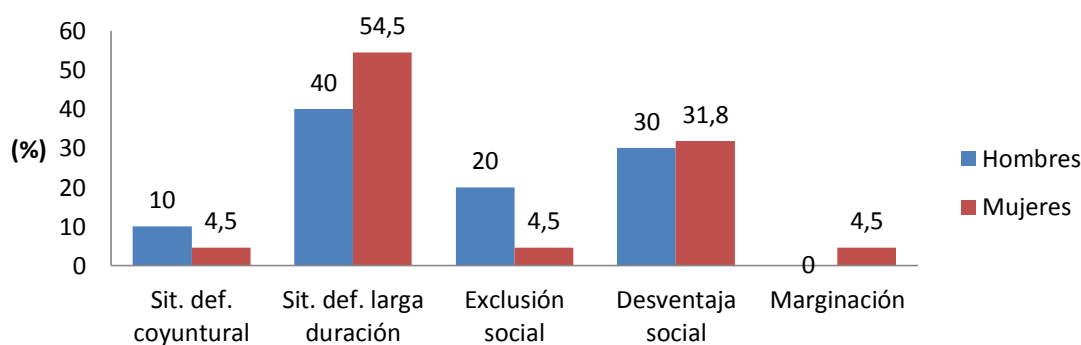
Por último, nos interesa incorporar la dimensión de género asociada a algunas otras dimensiones y variables.

Mujeres y hombres se distribuyen en cuanto al diagnóstico clínico de la siguiente manera, destacando que únicamente hay más mujeres que hombres con esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.



**Figura 19.** Diagnóstico clínico de la población según sexo

Las mujeres se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad social que los hombres, sobre todo en los diagnósticos de situación deficitaria de larga duración, de desventaja social y de marginación.



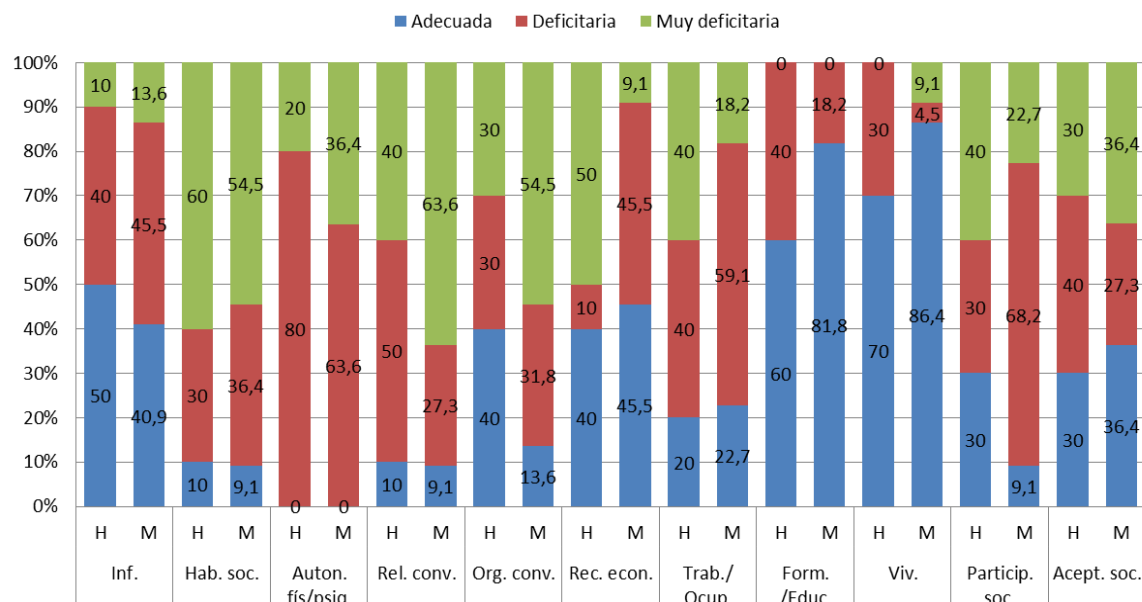
**Figura 20.** Diagnóstico social de la población según sexo

Concretamente por áreas, las mujeres presentan situaciones más precarias que los hombres en las áreas de información, habilidades sociales, autonomía física/psíquica, relación convivencial, organización convivencial y participación social. Resaltar que todos los hombres y todas las mujeres tienen alguna dificultad en el área de autonomía física/psíquica, ya que califica al menos como deficitaria por el hecho de estar en tratamiento.

Incidir en que si a nivel general las mujeres se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad social que los hombres, cabe esperar que ésta aumenta en el caso de las mujeres con enfermedad mental, debido al plus de dificultad que suponen la estigmatización y la discriminación social hacia este colectivo.

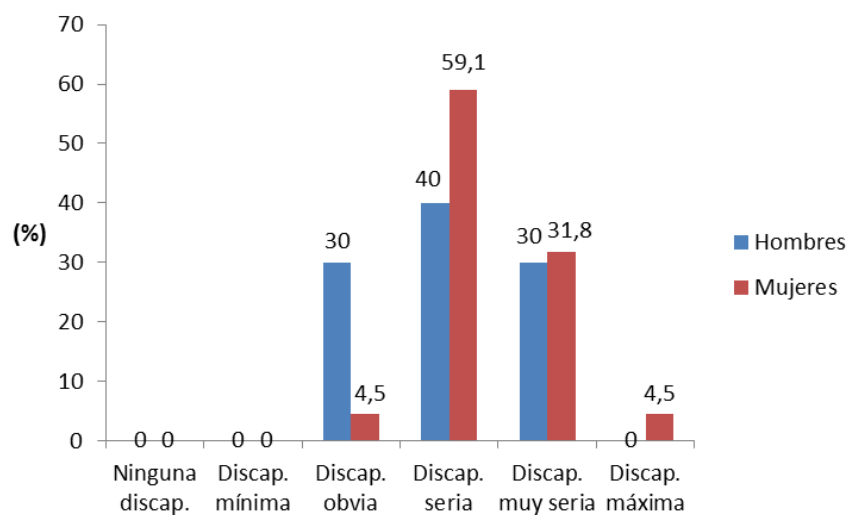
Las mujeres fundamentalmente presentan el diagnóstico social de situación deficitaria de larga duración, en el que están afectadas las áreas de habilidades sociales, autonomía física/psíquica, relación convivencial y organización de la unidad convivencial. Esta situación puede ser debida a la atribución de los roles de género que tradicionalmente asignan a las mujeres la responsabilidad en el ámbito doméstico (tareas del hogar y cuidado), por los que su funcionamiento deficitario es penalizado de forma más notable en las mujeres

Por otra parte, el que las mujeres tengan cubiertas adecuadamente las áreas de recursos económicos y vivienda, en algunos casos, aunque esto sea así, hay que destacar que tienen una dependencia económica de su cónyuge o familias de origen, lo que alerta de una situación potencial de fragilidad.



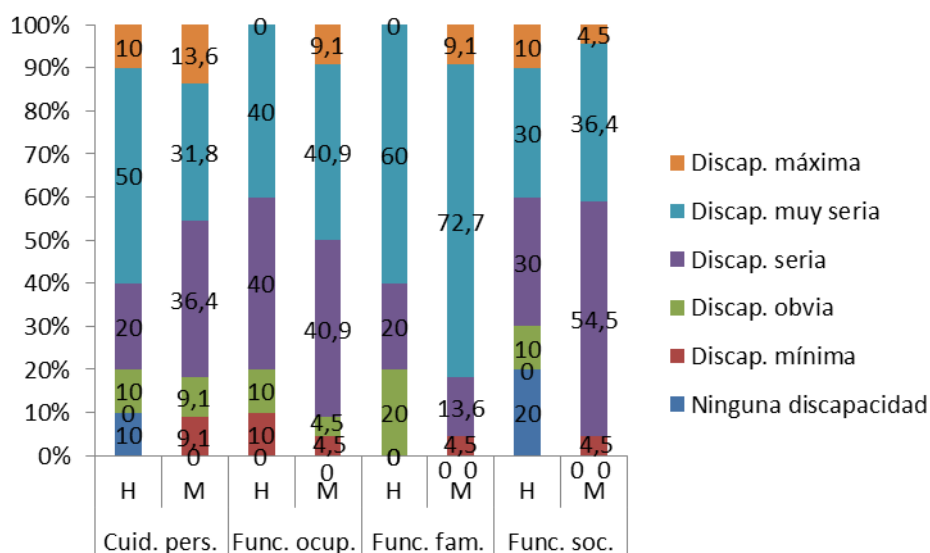
**Figura 21.** Diagnóstico social de la población por áreas según sexo

A su vez, la mayor parte de las mujeres presentan una discapacidad seria y muy seria, e incluso discapacidad máxima, hecho que no sucede en los hombres.



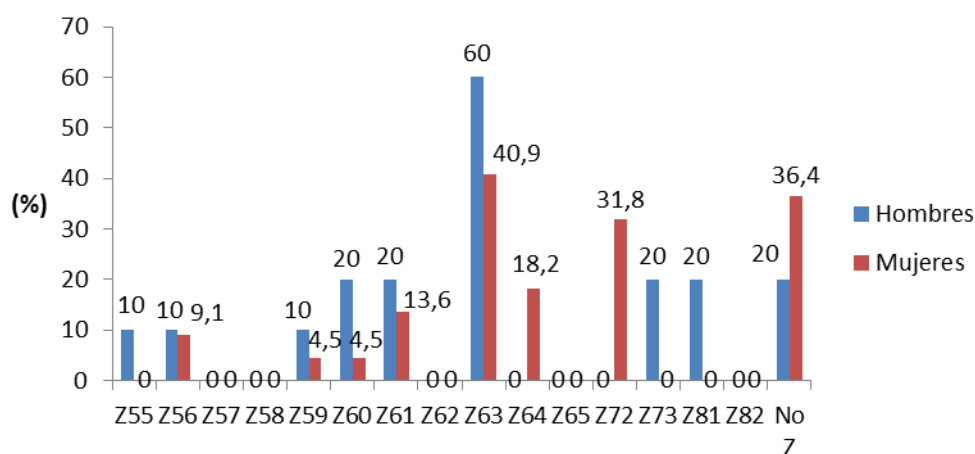
**Figura 22.** Discapacidad de la población según sexo

Concretamente por áreas, las mujeres tienen un mayor grado de discapacidad que los hombres en todas las áreas.



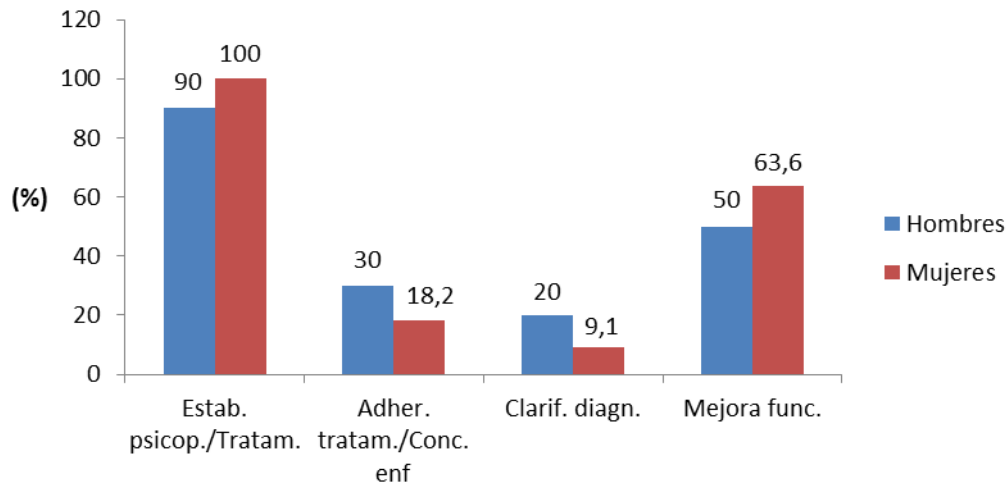
**Figura 23.** Discapacidad de la población por áreas según sexo

A diferencia de los indicadores anteriormente mencionados, en el caso de los factores ambientales y circunstanciales, no se puede apreciar una situación de mayor vulnerabilidad en las mujeres que en los hombres, dado que tan sólo se ven más influenciadas por problemas relacionados con algunas circunstancias psicosociales y con el estilo de vida.



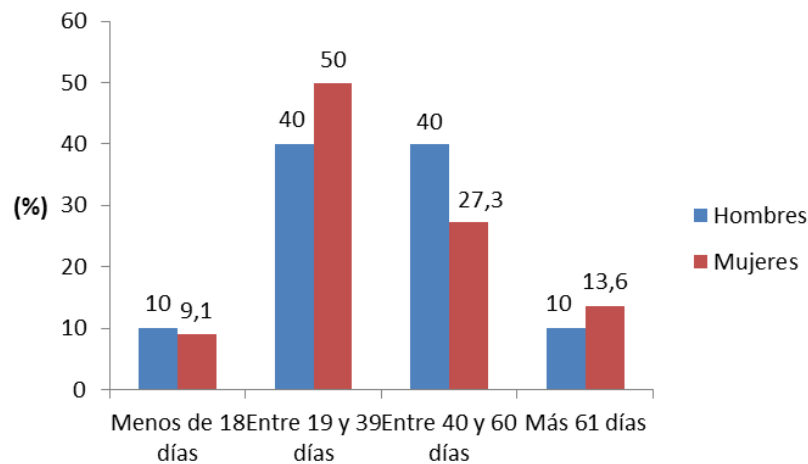
**Figura 24.** Factores ambientales y circunstanciales de la población según sexo

Un mayor número de mujeres acuden al Hospital de Día I con objetivos sociales, lo que guarda relación con la situación de mayor vulnerabilidad en el diagnóstico social y en la discapacidad que se ha mencionado con anterioridad.



**Figura 25.** Objetivos de ingreso de la población según sexo

A pesar de tener situaciones sociales y discapacidad de menor gravedad, los hombres han permanecido ingresados en el centro durante más tiempo que las mujeres.



**Figura 26.** Tiempo de estancia de la población según sexo

Como se ha evidenciado con anterioridad (figura 13), las situaciones sociales de toda la población evolucionan en su estancia en el Hospital de Día I en las áreas de información, habilidades sociales, autonomía física/psíquica, relación convivencial, organización convivencial, trabajo/ocupación y participación social. De ahí que a continuación sólo se presentan estas áreas.



Incorporando la dimensión de género, se aprecian diferencias en la evolución de las situaciones sociales de hombres y mujeres (figura 27, ver anexo IV).

Las mujeres evolucionan más que los hombres en las situaciones sociales, concretamente, en las áreas de información, habilidades sociales, organización de la unidad convivencial y trabajo/ocupación. Sin embargo, se encuentran en una situación más precaria en las áreas de autonomía física/psíquica y relación convivencial.

Resaltar que el área en el que más evolucionan las mujeres es el de participación social y los hombres en el de información. No obstante, todas las mujeres entran y salen del centro con un grado mínimo de discapacidad en el área de funcionamiento social, y lo mismo ocurre con los hombres en el área de funcionamiento ocupacional y familiar.

Por otra parte, en relación a la discapacidad, todas las personas experimentan una evolución significativa en las cuatro áreas.

Incorporando la dimensión de género, se aprecian diferencias en la evolución del grado de discapacidad de hombres y mujeres (figura 28, ver anexo V).

Las mujeres evolucionan más que los hombres en las áreas de cuidado personal, funcionamiento ocupacional y funcionamiento familiar. A excepción del área de funcionamiento social, en el cual se mantiene a la entrada y a la salida el porcentaje de hombres y mujeres en una situación adecuada.

### **3.4. Limitaciones del estudio y líneas abiertas de investigación**

Dado que el universo de estudio es tan pequeño, los datos no son significativos. De ahí que este trabajo queda abierto a futuras investigaciones que se quieran llevar a cabo con un universo mayor. Esto permitiría sacar muchas más conclusiones, así como tener una visión veraz y real de la realidad de las personas que acuden al recurso clínico Hospital de Día I.

A su vez, comentar que se podrían haber añadido al estudio más variables de análisis como la unidad de convivencia de la persona, la edad... Sin embargo, tan sólo se ha recogido información de las variables imprescindibles para el mismo con el fin de hacer hincapié en el mensaje que se quiere transmitir y en las hipótesis a verificar.

Por último, señalar que, al igual que el tamaño del universo, este trabajo también presenta otra limitación. A la hora de realizar los diagnósticos sociales, las discapacidades y los factores ambientales y circunstanciales de las personas a la entrada y a la salida del recurso, éstos han sido elaborados por la misma persona, lo que supone un sesgo de subjetividad. Para próximos estudios sería conveniente que la persona que los realizara no fuera el mismo y misma profesional.

## **CONCLUSIONES Y CUESTIONES ABIERTAS**

A la hora de planificar un proceso de intervención integral con personas con enfermedad mental es esencial la elaboración previa de un marco teórico, con el fin de entender el fenómeno, su tipología, evolución y la realidad biopsicosocial que lo rodea. Pero más aún, teniendo en cuenta que la salud mental es una realidad dinámica con una gran complejidad, la cual ha sufrido y constantemente está sufriendo una gran evolución fruto de la influencia que en ella ejercen los fenómenos sociales emergentes, como la crisis económica en la actualidad. De hecho, son las necesidades y demandas sociales que afloran en este contexto las que hacen necesario que se establezca una red de recursos adaptada a las mismas con el fin de hacerles frente y satisfacerlas. Es aquí donde cobra sentido la intervención social desde los recursos clínicos del Sistema de Salud de Navarra.

Del marco teórico se puede concluir que en los diversos planes, estrategias... se reivindica y defiende una atención integral a las personas con trastorno mental. No obstante, plasmar a la realidad este enfoque más integrador supone tener en consideración las condiciones sociales de estas personas y otras dimensiones también sociales y estructurales, como el género.

Por otra parte, a la luz de los datos presentados se puede concluir que:

- Las personas que acuden a Hospital de Día I presentan situaciones sociales de precariedad, tanto en términos de diagnóstico social, discapacidad y factores ambientales y circunstanciales, que influyen en sus condiciones sociales de vida y afectan a su situación clínica.
- Las mujeres tienen situaciones sociales de mayor vulnerabilidad social que los hombres.

Las ideas claves que se derivan de las hipótesis inicialmente planteadas son:

- En el Hospital de Día I, a pesar de ser un recurso de carácter clínico perteneciente al Sistema de Salud, desde una visión integral de la salud mental, se interviene en la situación social de las personas. Sin embargo, lo que motiva la derivación de estas personas no es una intervención social, sino clínica, aunque la primera existe y mejora las condiciones sociales de

las personas. En otras palabras, en ningún momento la intervención social llevada a cabo está utilizando recursos sanitarios con fines sociales.

Además, la gravedad de las situaciones sociales que tienen las personas no tiene congruencia con los objetivos de ingreso de carácter social.

- La gravedad de la situación social que presentan las personas no condiciona su tiempo de estancia en el centro.
- La evolución de las condiciones sociales de las personas no está asociada con su tiempo de estancia en Hospital de Día I.

Finalmente, a fin de instaurar modelos de atención integral e integrados, sería necesario mantener y reconocer la permanencia de trabajadores y trabajadoras sociales dentro de los equipos de salud mental, para así garantizar una valoración e intervención social, puesto que son las figuras competentes para tal fin.

Por último, facilitar políticas orientadas a la intervención, coordinación y complementación de los sistemas sanitario y social.

## REFERENCIAS

Astrain, MV. (2010). *Maltrato y Enfermedad Mental. Estudio de personas con enfermedad mental, víctimas de maltrato*. Proyecto de Investigación presentado como Trabajo Final del Máster en Bienestar Social: Intervención Individual, Familiar y Grupal de la Universidad Pública de Navarra.

Blaikie, P.; Cannon, T.; Davis, I.; Wisner, B. (1996). *Vulnerabilidad. El entorno social, político y económico de los desastres*. Colombia: Tercer Mundo Editores.

Crucella, N.; Perona; Robin, G; Rocchi, C; Silva; Vulnerabilidad y Exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares. [Disponible en (22/04/2014): <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p15.4.htm>]

Dirección de Salud Mental. Servicio Navarro de Salud – Osansunbidea. (2012). *Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016*. [Disponible en (17/04/2014):[http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Plan+de+Salud+Mental/Plan+estrategico+de+salud+mental+de+navarra.htm](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Plan+de+Salud+Mental/Plan+estrategico+de+salud+mental+de+navarra.htm)]

Dirección General de Bienestar Social. (2005). *Programa de Atención a Personas con Trastorno Mental Grave*.

DSM-IV- *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*. Editorial Masson.

Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu editores.

Martín, M.; Vegas, A.; Miranda, F. (1996). *Manual de indicadores para el diagnóstico social*. Bilbao: Colegio de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de la Comunidad Autónoma Vasca.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*.

Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE-10. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Versión multiaxial para adultos*. Madrid: Meditor.

Organización Mundial de la Salud. (1988). *WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS)*. Genève: WHO

Ortuño, F (2010). *Lecciones de psiquiatría*. Editorial Médica Panamericana.

Tema 1 “*Clasificación y diagnóstico en psicopatología*” de la asignatura “Psicopatología” del Grado en Trabajo Social, impartida por el profesor Javier Fernández Montalvo.

Trabajadoras Sociales de la Red de Salud Mental de Navarra. (1996). *Hacia una atención integradora. Análisis desde el Trabajo Social de las necesidades sociales de los enfermos psiquiátricos 1995*.

Trabajadoras Sociales de la Red de Salud Mental de Navarra. (2001). *Respuesta a las necesidades sociales de los enfermos mentales 1998-2000*.

# ANEXOS

## A. Anexo I

### CLASIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALÍAS

FRANCISCO J. VAZ LEAL<sup>1</sup> Y M<sup>a</sup> ANGELES CANO CARRASCO<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina de Badajoz.

<sup>2</sup> C.P. Progreso, Badajoz

#### 1. CONCEPTOS BÁSICOS

De acuerdo con el título del capítulo, existen tres conceptos específicos que, de entrada, conviene definir. Se trata de los conceptos de “deficiencia”, “discapacidad” y “minusvalía”.

El término deficiencia (*impairment*) hace referencia a la existencia de una alteración o anomalía de una estructura anatómica que condiciona la pérdida de una función, que puede ser tanto fisiológica como psicológica.

El concepto de discapacidad (*disability*) hace referencia a cualquier restricción o falta de capacidad (aparecida como consecuencia de una anomalía) para llevar a cabo una actividad determinada.

Finalmente, el término minusvalía (*handicap*) hace referencia a la existencia de una barrera presente en el individuo, como consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, la cual limita o impide el desarrollo del rol que sería esperable en ese individuo en función de su edad, sexo y situación social y cultural.

Estos términos tienen que ver con un modelo secuencial, basado en el esquema etiología-patología-manifestación (en el que se ha basado, como más adelante veremos, la primera versión de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS (CIDDM-1). De acuerdo con este esquema, una enfermedad o un trastorno específico (por ejemplo una infección en el período prenatal por citomegalovirus) da lugar a una deficiencia (lesiones cerebrales en el feto), las cuales a su vez darán lugar a una discapacidad (discapacidad para el aprendizaje) que determinarán la existencia de una minusvalía en el sujeto (incapacidad para cuidar de sí mismo adecuadamente y de funcionar con autonomía en el medio social).

Frente a esta definición lineal, y como más adelante veremos, existe una nueva propuesta, más compleja e interaccional (la de la segunda versión de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, CIDDM-2), así como una visión integradora, en especial

en lo relativo al ámbito de la patología psiquiátrica, a la que la discapacidad va unida muy frecuentemente (y que viene representada por la versión multiaxial de la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10).

En las líneas que siguen, y tras hacer referencia a la estructura básica de la CIDDM-1, se expondrán en detalle las características de la CIDDM-2 y de la versión multiaxial de la CIE-10.

## 2. UNA VISIÓN LINEAL DE LAS DISCAPACIDADES: LA CIDDM-1

Como se acaba de señalar, la CIDDM-1 se ha basado en un esquema que delimita los tres conceptos básicos que antes definimos, en relación con los cuales aísla tres niveles:

a) Nivel DE (deficiencia), el cual sirve para hacer referencia a la pérdida o la anormalidad de una estructura o función.

b) Nivel DI (discapacidad), que habla de la restricción o ausencia de la capacidad de realizar alguna actividad en la forma que se suele considerar normal para un ser humano.

c) Nivel M (minusvalía), que hace referencia a la situación desventajosa que se crea para un individuo determinado como consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, desde el momento en que se ve limitado o impedido para el desempeño de un rol que sería normal en su caso (teniendo en cuenta su edad, sexo y los factores sociales y culturales que puedan concurrir).

En relación con estos tres niveles, la CIDDM-1 agrupa las distintas manifestaciones observables en la práctica, de acuerdo con la sistemática expuesta en la Tabla 1.

Nivel	Contenidos
DEFICIENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Deficiencias intelectuales</li> <li>•Otras deficiencias psicológicas</li> <li>•Deficiencias del lenguaje</li> <li>•Deficiencias del órgano de la audición</li> <li>•Deficiencias del órgano de la visión</li> <li>•Deficiencias viscerales</li> <li>•Deficiencias músculo-esqueléticas</li> <li>•Deficiencias desfiguradoras</li> <li>•Deficiencias generalizadas, sensitivas y otras</li> </ul>
DISCAPACIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Discapacidades de la conducta</li> <li>•Discapacidades de la comunicación</li> <li>•Discapacidades del cuidado personal</li> <li>•Discapacidades de la locomoción</li> <li>•Discapacidades de la disposición del cuerpo</li> <li>•Discapacidades de la destreza</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Discapacidades de situación</li> <li>•Discapacidades de una determinada aptitud</li> </ul>
MINUSVALÍAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Minusvalía de orientación</li> <li>•Minusvalía de independencia física</li> <li>•Minusvalía de la movilidad</li> <li>•Minusvalía ocupacional</li> <li>•Minusvalía de integración social</li> <li>•Minusvalía de autosuficiencia económica</li> <li>•Otras minusvalías</li> </ul>

Tabla 1. Contenidos de la CIDD-1

Como se puede observar, en el nivel DE las deficiencias aparecen definidas en unos casos por el órgano o sistema afectado (visceral, músculo-esquelético...), en otros casos por la función afectada (audición, visión...) y en otros casos por el resultado a nivel morfológico de la misma (desfiguradoras). Igualmente, en el nivel DI, relativo a las discapacidades, funciones complejas (como por ejemplo la conducta) aparecen al mismo nivel de funciones fisiológicas más simples (como la locomoción o la disposición corporal). Finalmente, en el nivel M se observa también la coexistencia de fenómenos estrictamente ligados al individuo (tales como la orientación o la movilidad) con fenómenos de una clara naturaleza interaccional y psicosocial (como la capacidad ocupacional o la integración social). A continuación veremos cómo la nueva versión de la CIDD pretende salvar muchas de estas incongruencias, proponiendo una forma de clasificación más lógica e interaccional.

### 3. UNA VISIÓN PSICOSOCIAL DE LAS DISCAPACIDADES: LA CIDD-2

Frente a la visión lineal de la CIDD-1, que “localiza” la deficiencia en el sujeto, generando con ello una notable inconsistencia en las categorías, la CIDD-2 pretende basar su esquema de clasificación en el modelo biopsicosocial, planteando la existencia de tres niveles a los que referir la valoración: a) el nivel biológico, desde el que se puede plantear la existencia de la deficiencia; b) el nivel de la persona, al que referir las actividades personales y sus limitaciones; y c) el nivel social, en función del cual se define el grado de participación social del individuo. De este modo, el estado de salud del sujeto viene dado por su situación en un esquema tridimensional, en el que los ejes vienen dados por las dimensiones “deficiencia”, “actividad” y “participación”. Esto supone pasar de un modelo basado en el individuo, el cual es concebido como “portador” de la deficiencia y sobre el que se actúa desde un esquema básicamente médico e individual con la pretensión de modificar su comportamiento, a un modelo basado en la concepción de la deficiencia como resultado de la interrelación del sujeto con su entorno. Desde esta visión, la acción es de naturaleza social, y a través de ella el sujeto y la sociedad se movilizan luchando conjuntamente para cambiar todo aquello que genera la discapacidad, es decir, no sólo la patología médica, sino también las características físicas del entorno, las actitudes de los otros, los derechos del individuo, etc. Con ello, se promueven todas aquellas medidas (no sólo de carácter

médico, sino de carácter sanitario en el sentido más amplio del término) que pueden generar un cambio social favorable.

Dentro de este esquema, la deficiencia viene dada por el hecho de que el cuerpo (y secundariamente la mente) no funciona de forma apropiada, lo que da lugar a una alteración en una determinada función o estructura. Por función corporal hay que entender las funciones fisiológicas y psicológicas de los diferentes sistemas que configuran el organismo, en tanto que el concepto de estructura corporal hace referencia a las partes anatómicas que componen el cuerpo (tales como los órganos, los miembros y sus componentes). Hablamos, por tanto, de la existencia de una deficiencia cuando existe un problema en alguna función o estructura corporal que provoca un funcionamiento que difiere significativamente del que sería esperable en el sujeto en condiciones normales.

El concepto de actividad (y sus limitaciones) tiene que ver con las tareas y las acciones que las personas realizan, hablándose de limitación de la actividad para hacer referencia a la existencia de una diferencia significativa entre las actividades que el sujeto puede realizar y las que serían propias de él en condiciones normales.

Finalmente, el término participación hace referencia a la implicación del sujeto en situaciones específicas, definiéndose la restricción de la participación como una diferencia significativa entre lo observable y lo esperable en relación con este punto.

Las tres dimensiones que acabamos de definir, por otra parte, no son valoradas de forma aislada, sino en interacción con otros dos conjuntos de elementos: los factores contextuales (que tienen que ver con los factores ambientales y personales que han tenido y tienen impacto sobre el estado global del sujeto) y los factores ambientales (que vienen dados por el entorno físico, social y actitudinal que rodea al sujeto).

La Tabla 2 muestra la estructura de la clasificación en la CIDDM-2, con las dimensiones a que hemos hecho referencia.

Dimensión	Clave	Capítulo	Segundo nivel	Tercer nivel	Cuarto nivel	Extensión	Duración
<i>Funciones corporales</i>	b	x	xx	x	x	y	y
<i>Estructuras corporales</i>	s	x	xx	x	x	y	y
<i>Actividad</i>	a	x	xx	x	x	y	y
<i>Participación</i>	p	x	xx	x	x	y	y

Tabla 2. Estructura de clasificación de la CIDDM-2

#### 4. DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO Y DISCAPACIDAD: LA VERSIÓN MULTIAxIAL DE LA CIE-10

La Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, en su décima versión (CIE-10), incluye varios manuales: 1) las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento; 2) una versión multiaxial para adultos; 3) los criterios diagnósticos de investigación; 4) las pautas diagnósticas de actuación en Atención Primaria; 5) el glosario de síntomas; y 6) las tablas de conversión.

En la versión multiaxial de la CIE-10 confluyen las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico y las de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM-1 y CIDDM-2). Esta conjunción es necesaria, ya que el complejo “diagnóstico/discapacidad” es capaz de predecir fenómenos tan importantes como la utilización de servicios sanitarios por parte del paciente, la duración de la hospitalización, las posibilidades de reinserción laboral, el rendimiento en el trabajo o el nivel de integración social.

<b>Eje I. <i>DIAGNOSTICOS CLINICOS</i></b>
–Trastornos mentales
–Trastornos somáticos
<b>Eje II. <i>DISCAPACIDADES</i></b>
–Cuidado personal
–Funcionamiento ocupacional
–Funcionamiento en la familia
–Comportamiento social en general
<b>Eje III. <i>FACTORES AMBIENTALES Y CIRCUNSTANCIALES</i></b>
–Hechos negativos en la niñez
–Educación y analfabetismo
–Grupo de apoyo y circunstancias familiares
–Ambiente social
–Vivienda y circunstancias económicas
–Empleo y desempleo
–Medio ambiente del enfermo
–Circunstancias psicosociales
–Circunstancias legales
–Historia familiar de trastornos mentales y discapacidades
–Estilo de vida y manejo de las dificultades de la vida

Tabla 3. Estructura de la versión multiaxial de la CIE-10

La Tabla 3 muestra la estructura básica de la versión multiaxial de la CIE-10. Como se puede observar, existen tres ejes básicos. En el primer eje se incluyen los diagnósticos clínicos presentes en el sujeto (tanto orgánicos como psiquiátricos). En el segundo eje se considera la discapacidad existente, en relación con cuatro dimensiones: cuidado personal, funcionamiento ocupacional, funcionamiento en la familia y comportamiento social en general. Finalmente, en el

tercer eje se incluyen todas las circunstancias biográficas y ambientales que puedan haber contribuido o contribuyan a modular la situación del paciente (por ejemplo, situaciones de carencia afectiva en el pasado o estilo de vida presente).

La Tabla 4 contiene los criterios que la versión multiaxial de la CIE-10 utiliza a la hora de cuantificar el grado de discapacidad existente en el sujeto. Como se puede observar, existen seis niveles perfectamente definidos, que cubren un espectro que va del 0 al 100%, considerando estos valores como los extremos de la discapacidad (ausente-extrema).

Valor	Definición	Características	Porcentaje
0	NINGUNA DISCAPACIDAD	El funcionamiento del paciente se adecua a las normas de su grupo de referencia o contexto sociocultural: no existe discapacidad en ningún momento	0%
1	DISCAPACIDAD MÍNIMA	Existe desviación de la norma en una o más de las actividades o funciones: paciente ligeramente discapacitado algún tiempo	20%
2	DISCAPACIDAD OBVIA	Existe desviación llamativa de la norma interfiriendo con la adaptación social: paciente ligeramente discapacitado bastante tiempo o moderadamente discapacitado durante un corto tiempo	40%
3	DISCAPACIDAD SERIA	Existe desviación muy marcada de la norma en la mayoría de las actividades y de las funciones: paciente moderadamente discapacitado bastante tiempo o severamente discapacitado algún tiempo	60%
4	DISCAPACIDAD MUY SERIA	Existe desviación muy marcada de la norma en todas las actividades y las funciones: paciente gravemente discapacitado la mayoría del tiempo o moderadamente discapacitado todo el tiempo	80%
5	DISCAPACIDAD OBVIA	La desviación de la norma ha alcanzado un punto crítico: paciente gravemente discapacitado todo el tiempo	100%

Tabla 4. Severidad de la discapacidad

Las áreas de referencia de la discapacidad aparecen consignadas en la Tabla 5.

Área		Características
CUIDADO PERSONAL		Mantenimiento de la higiene personal y salud física (limpieza corporal, afeitado, limpieza de la ropa...) Hábitos alimentarios (ritmo regular de comidas, pérdida o ganancia de peso...) Cuidado de la casa y de las pertenencias
FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL		Conformidad del paciente con la disciplina del trabajo Calidad del trabajo del paciente Interés por mantener la ocupación
FUNCIONAMIENTO EN LA FAMILIA	RELACIÓN MARITAL	Comunicación del paciente con su cónyuge Capacidad del paciente para demostrar afecto e interés Punto hasta el cual el paciente siente que su cónyuge es un soporte para él
	RELACIÓN PATERNO-FILIAL	Actividades básicas que lleva a cabo el paciente para mantener la salud y la seguridad de los hijos Grado de unión con los hijos, intensidad del afecto e interés mostrado por el bienestar y el futuro de los hijos Abuso en la función de padre y posibles efectos negativos sobre los hijos
	PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE LA CASA	Funciones y obligaciones del paciente para mantener la familia como un grupo social viable Participación en las actividades de la casa
FUNCIONAMIENTO EN EL CONTEXTO SOCIAL GENERAL		Respuesta a las preguntas, ruegos y peticiones de la gente fuera del ambiente familiar Disposición a vivir en un ambiente "impersonal" (autobús, comercios...) Trato con gente desconocida Relaciones con amigos Participación en actividades de ocio fuera del ambiente familiar

Tabla 5. Áreas para la valoración de la discapacidad

Como se puede observar, hay cuatro áreas básicas de evaluación. En la primera de ellas (cuidado personal) se valora la capacidad del sujeto para responsabilizarse de su higiene personal y de su salud, mantener hábitos alimentarios regulares y saludables, asumir el cuidado de sus per-

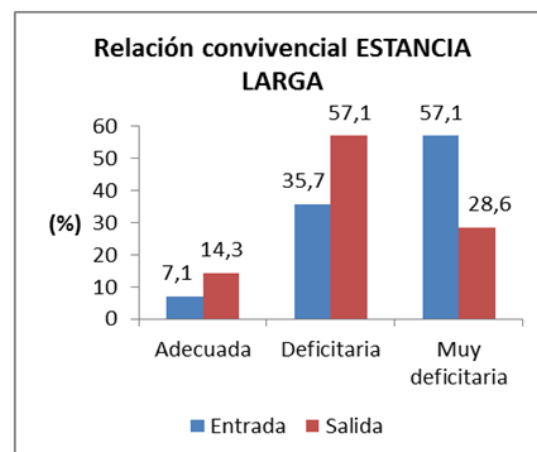
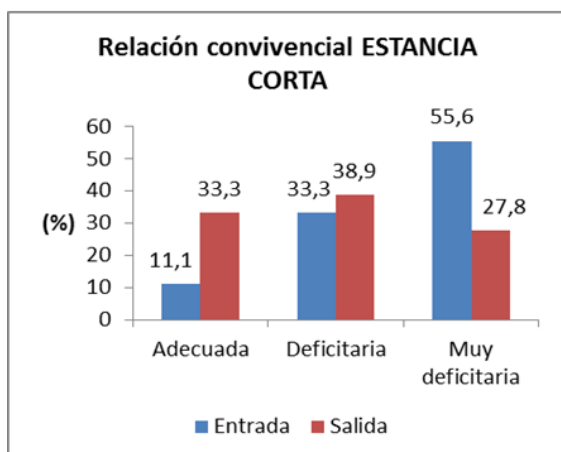
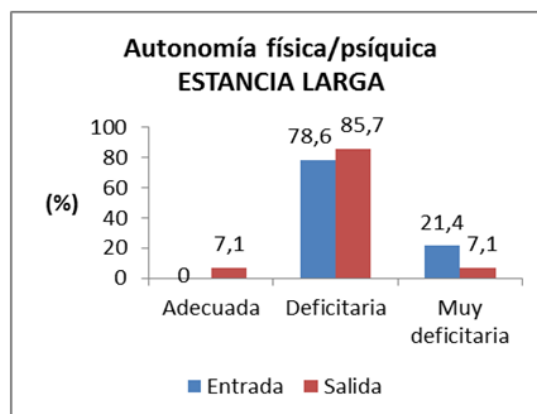
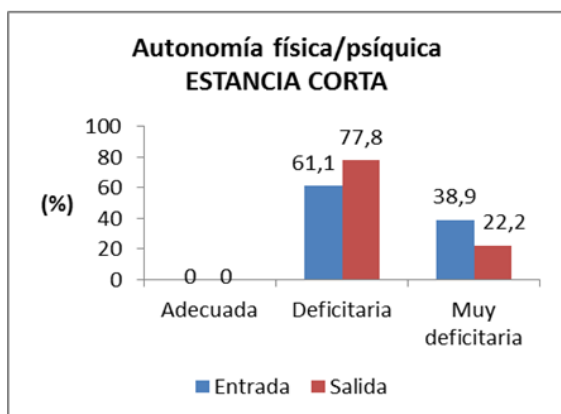
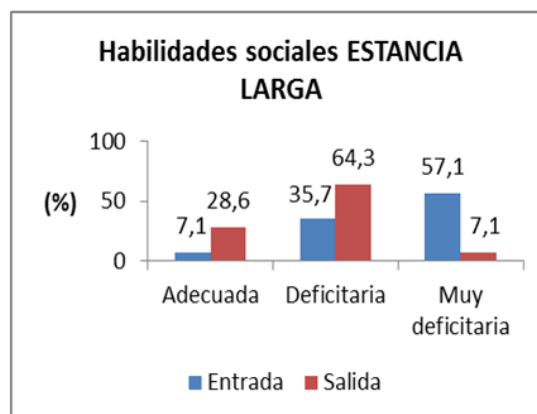
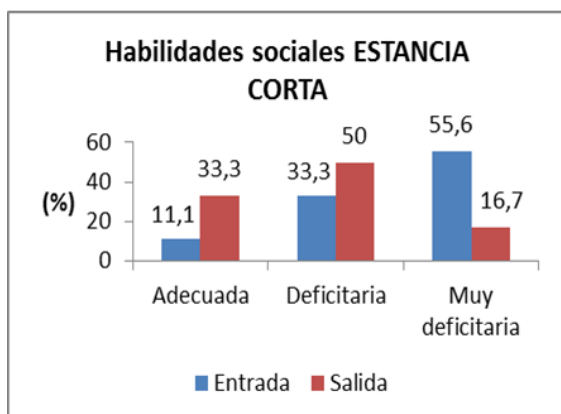
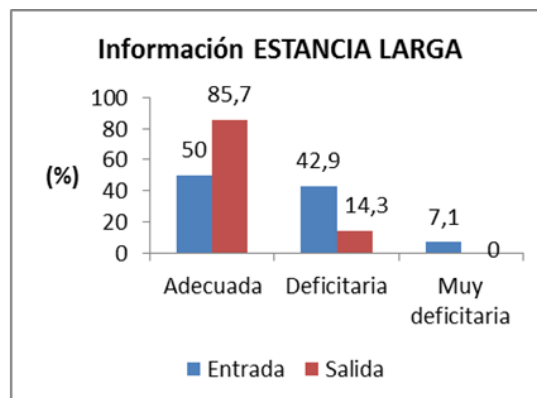
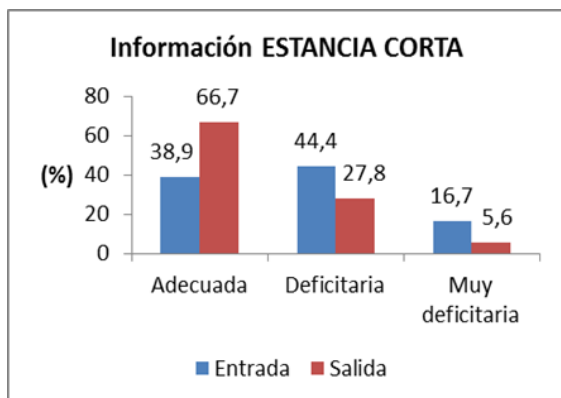


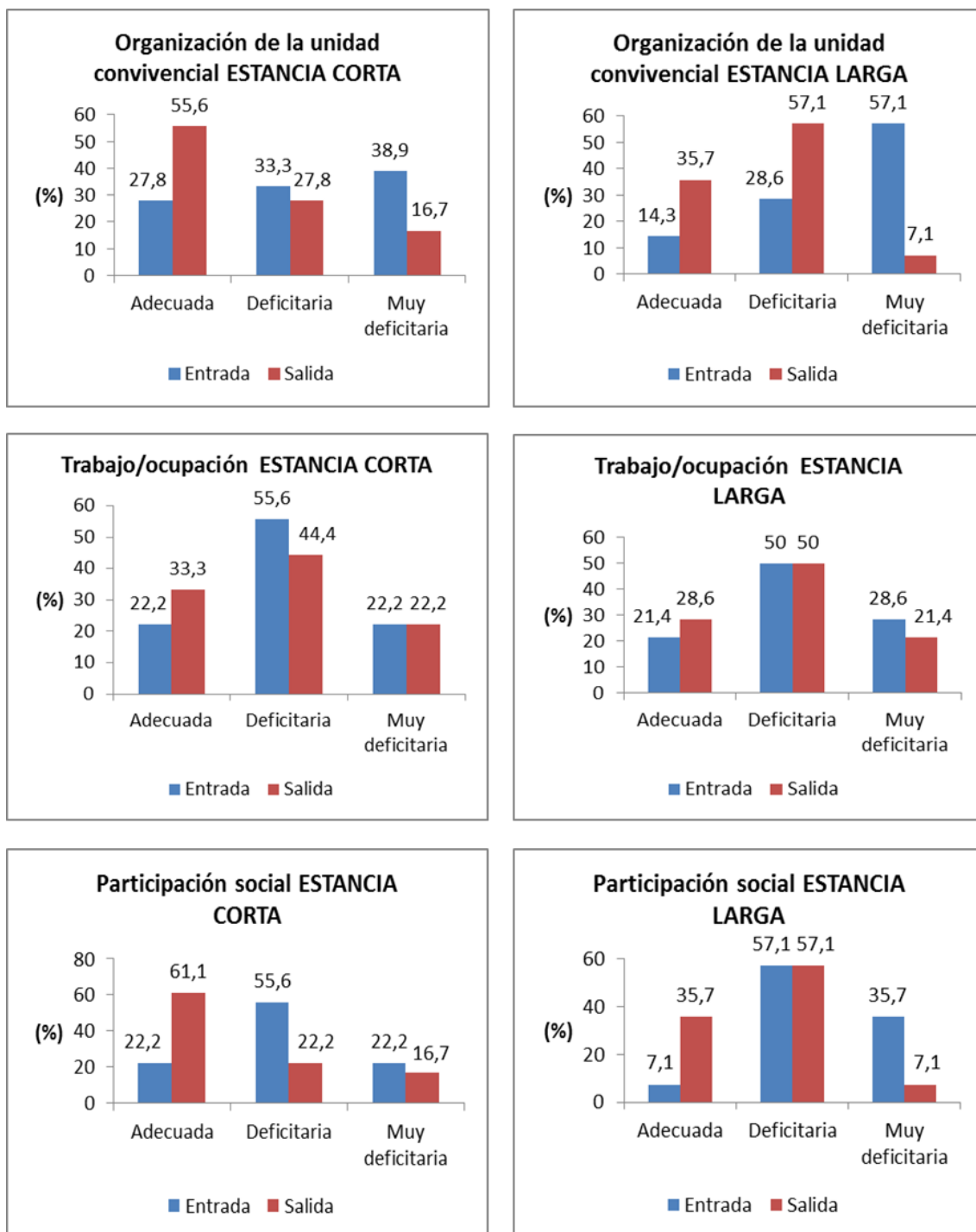
tenencias, mantener una actividad ocupacional apropiada, tener un buen funcionamiento a nivel familiar y un adecuado comportamiento social. La segunda área (funcionamiento ocupacional) valora la capacidad del sujeto para asumir las condiciones de trabajo, su interés por mantener el mismo y la calidad del trabajo desarrollado.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

1. Badley EM. The ICIDH: format, application in different settings, and distinction between disability and handicap. A critique of papers on the application of the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. *Int Disabil Stud* 1987;9(3):122-5.
2. Badley EM, Lee J, Wood PH. Impairment, disability, and the ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps) model. II: The nature of the underlying condition and patterns of impairment. *Int Rehabil Med* 1987;8(3):118-24.
3. Badley EM, Lee J. Impairment, disability, and the ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps) model. I: The relationship between impairment and disability. *Int Rehabil Med* 1987;8(3):113-7.
4. Beitchman JH, Hood J, Rochon J, Peterson M, Mantini T, Majumdar S. Empirical classification of speech/language impairment in children. I. Identification of speech/language categories. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28(1):112-7.
5. Beitchman JH, Hood J, Rochon J, Peterson M. Empirical classification of speech/language impairment in children. II. Behavioral characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28(1):118-23.
6. Benson TJ. Classification of disability and distress by ward nurses: a reliability study. *Int J Epidemiol* 1978;7(4):359-61.
7. Chapireau F, Colvez A. Social disadvantage in the international classification of impairments, disabilities, and handicap. *Soc Sci Med* 1998;47(1):59-66.
8. Chopra P, Couper J, Herrman H. The assessment of disability in patients with psychotic disorders: an application of the ICIDH-2. *Aust N Z J Psychiatry* 2002;36(1):127-32.
9. Fransen J, Uebelhart D, Stucki G, Langenegger T, Seitz M, Michel BA. The ICIDH-2 as a framework for the assessment of functioning and disability in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2002;61(3):225-31.
10. Gallin RS, Given CW. The concept and classification of disability in health interview surveys. *Inquiry* 1976;13(4):395-407.
11. Gray DB, Hendershot GE. The ICIDH-2: developments for a new era of outcomes research. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81(12 Suppl 2):S10-4.

## A. Anexo II



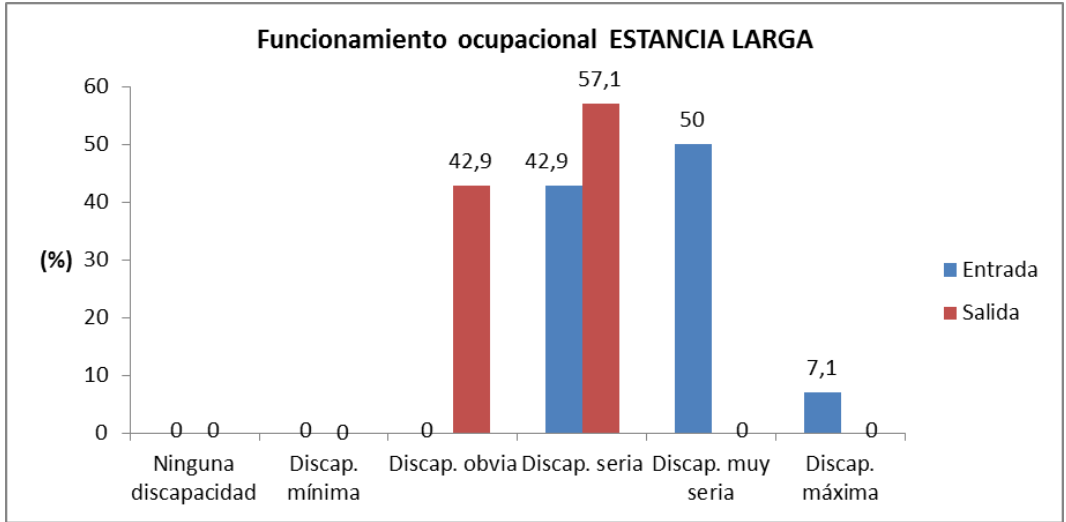
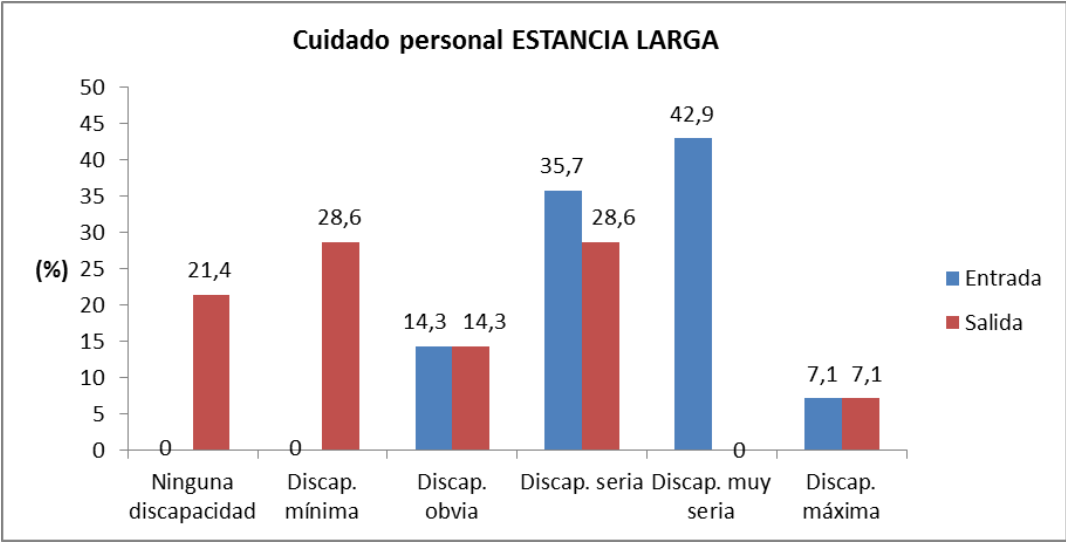
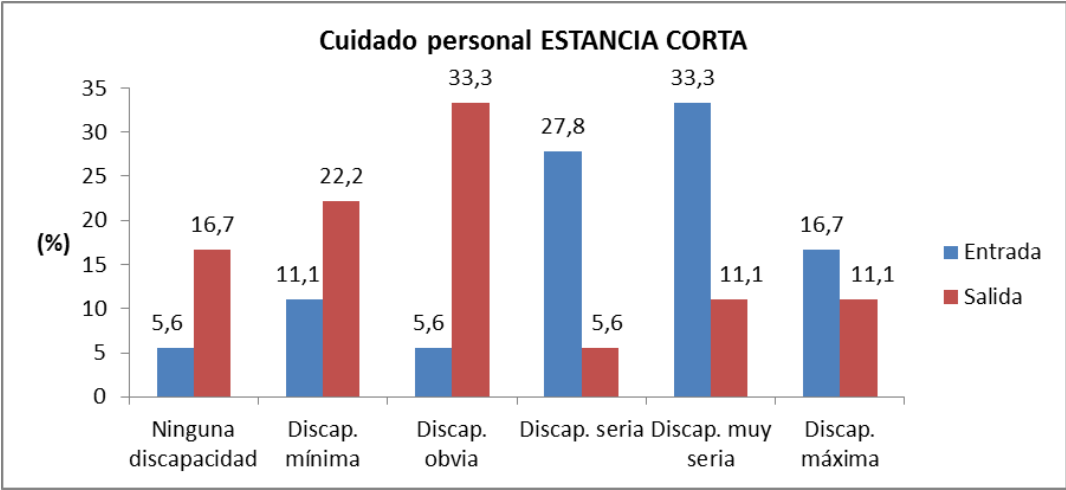


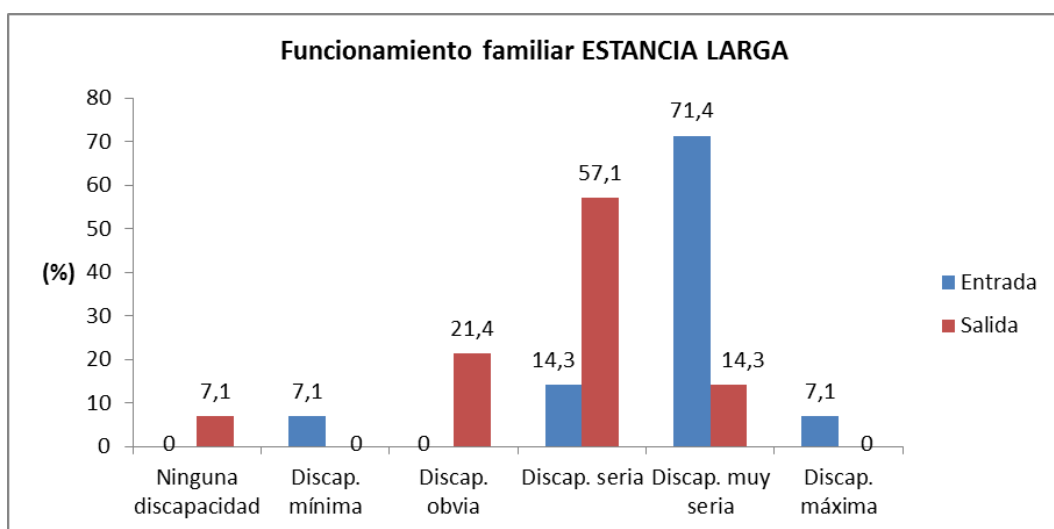
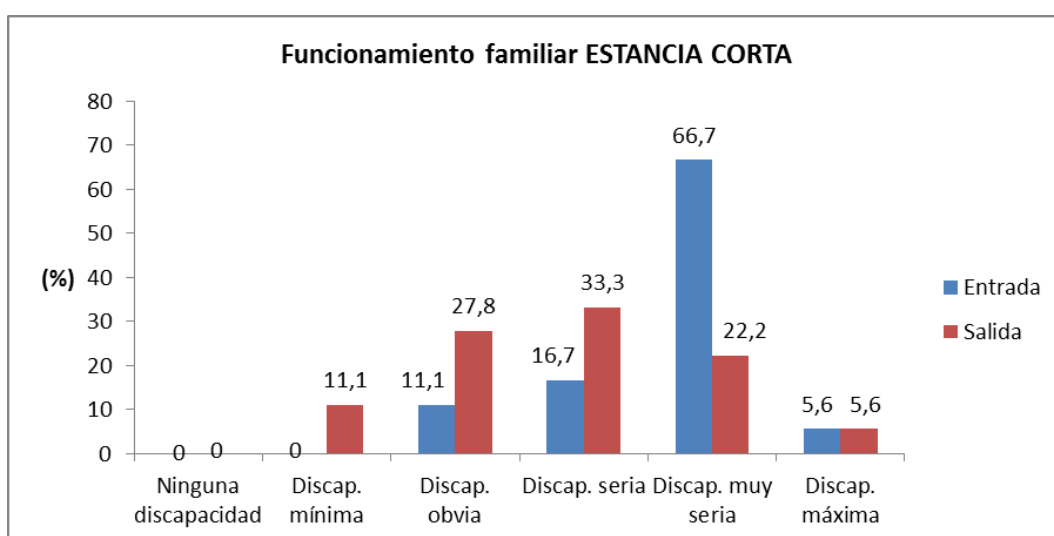
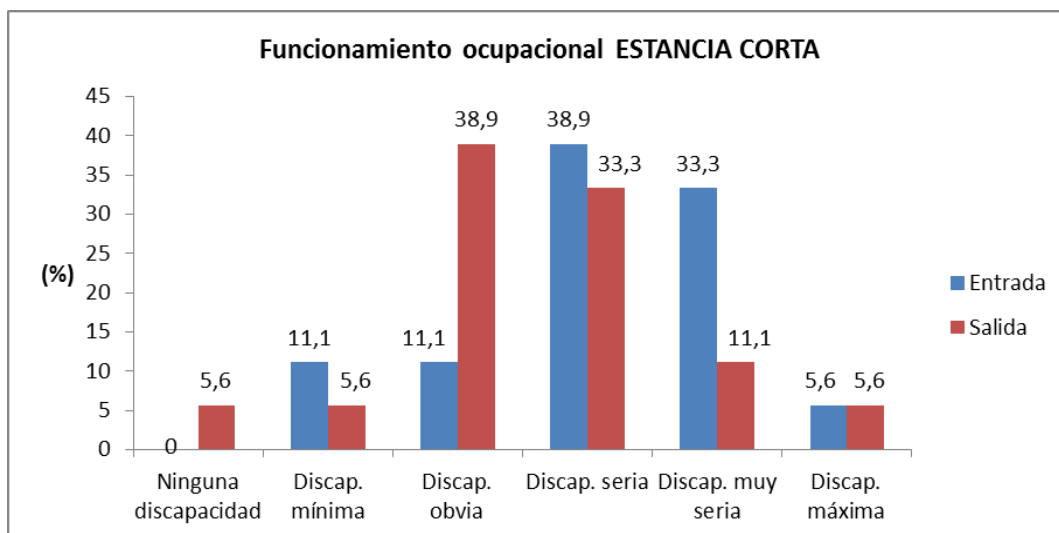
**Figura 17.** Relación entre la evolución del diagnóstico social por áreas de la población y el tiempo de estancia<sup>44</sup>

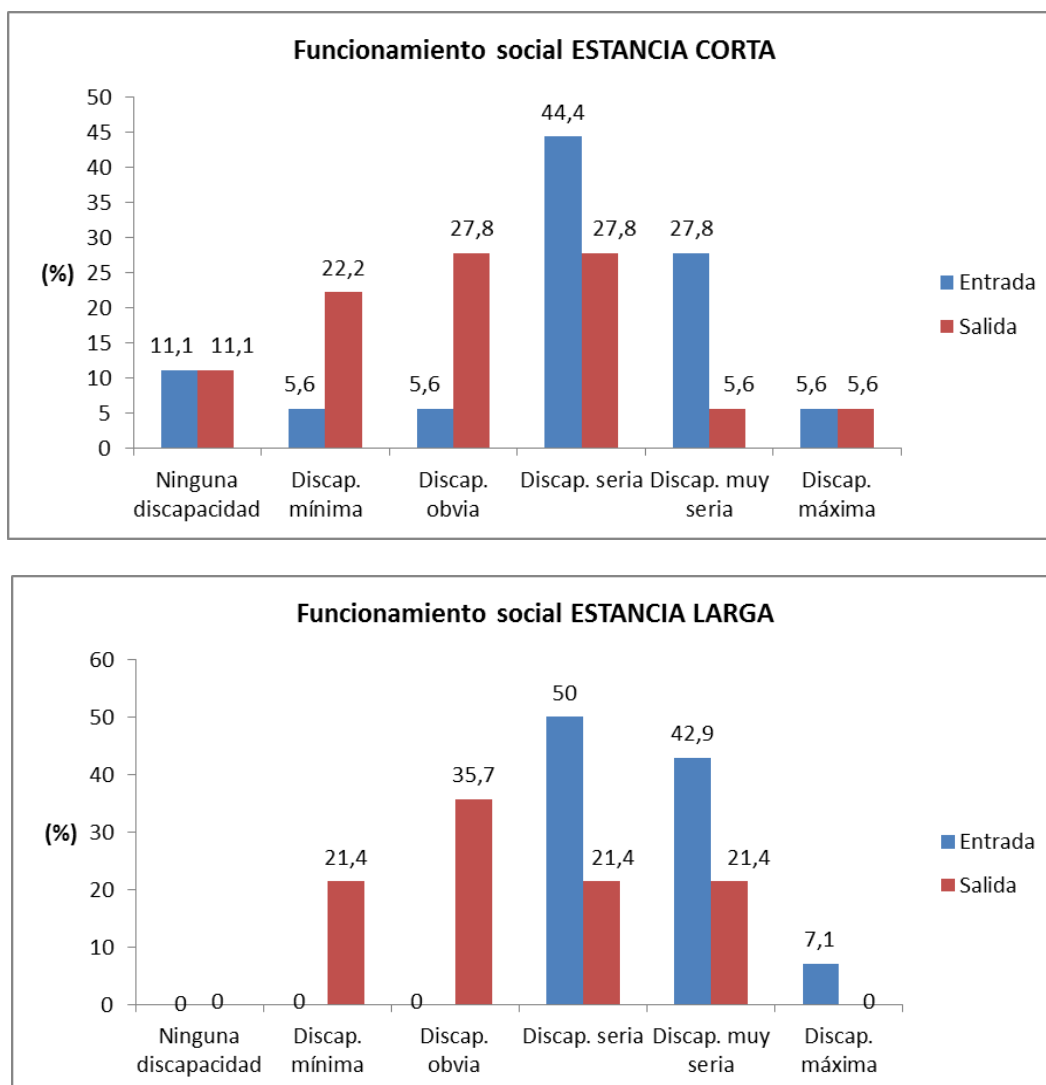
<sup>44</sup> A la hora de elaborar la tablas, y el posterior gráfico, con el programa Gandia BarbWin (versión 7), con un comando se ha seleccionado, por una parte, la población objeto de estudio que ha permanecido en Hospital de Día I durante una estancia corta, y por otra parte, la que ha permanecido durante una estancia larga. De esta forma, se ha analizado en cada subgrupo aislado, sobre el 100%, la evolución de las diversas áreas del diagnóstico social.



**A. Anexo III**



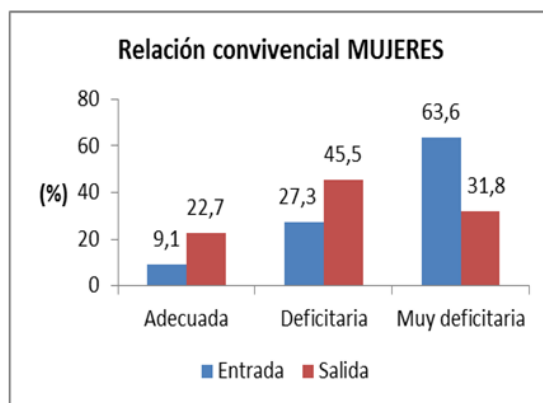
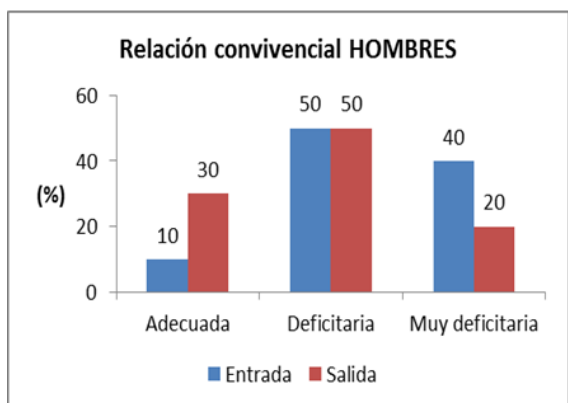
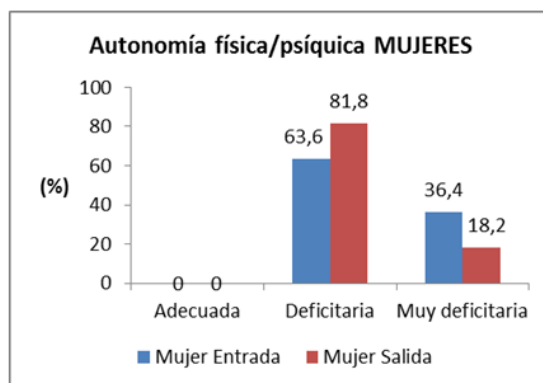
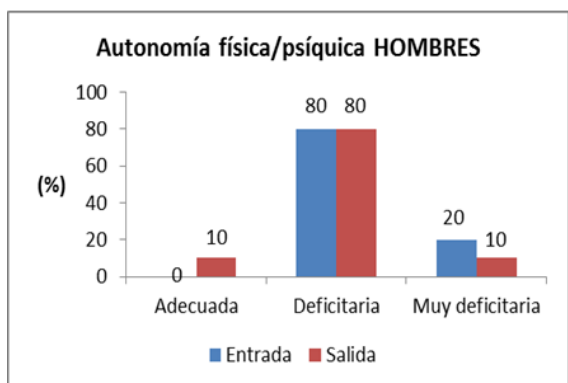
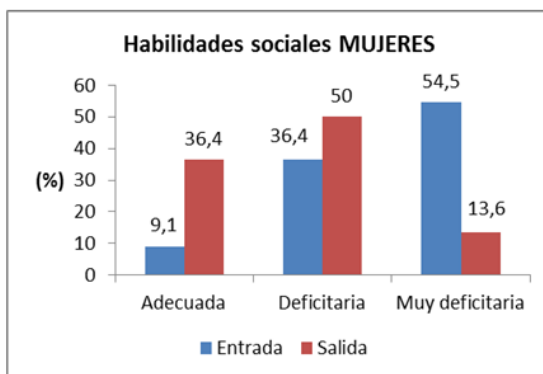
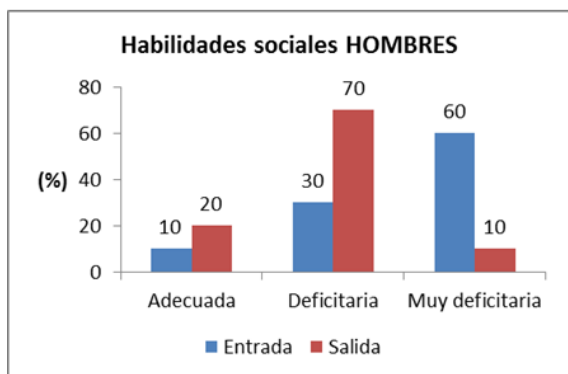
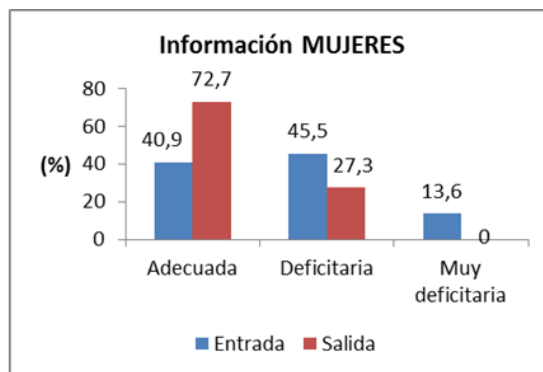
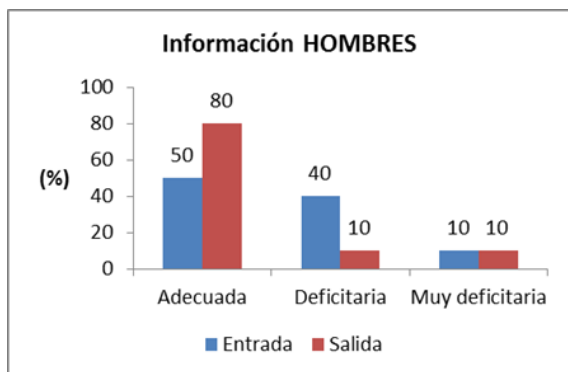


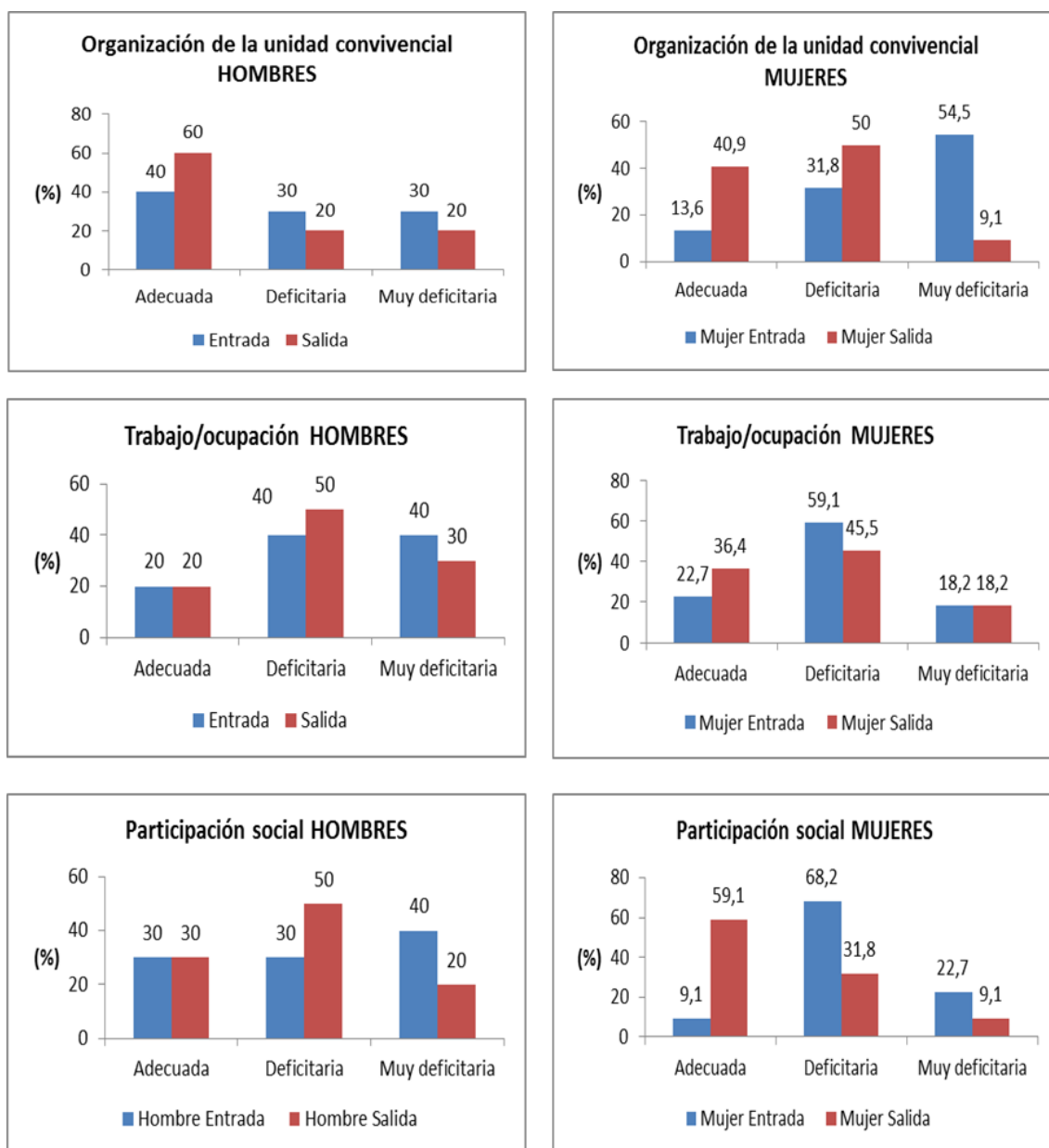


**Figura 18.** Relación entre la evolución de la discapacidad por áreas de la población y el tiempo de estancia<sup>45</sup>

<sup>45</sup> A la hora de elaborar la tabla, y posterior gráfico, con el programa Gandia BarbWin (versión 7), con un comando se ha seleccionado, por una parte, la población objeto de estudio que ha permanecido en Hospital de Día I durante una estancia corta, y por otra parte, la que ha permanecido durante una estancia larga. De esta forma, se ha analizado en cada subgrupo aislado, sobre el 100%, la evolución de las diversas áreas de la discapacidad.

## A. Anexo IV

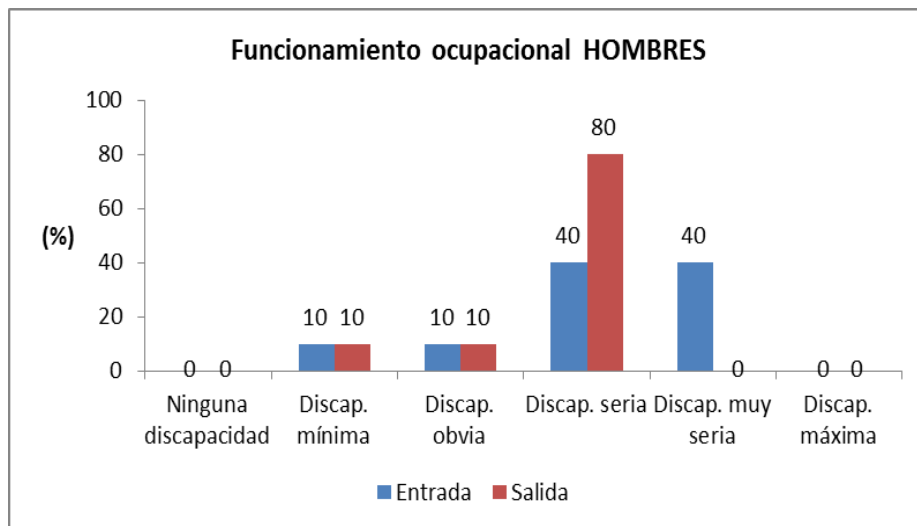
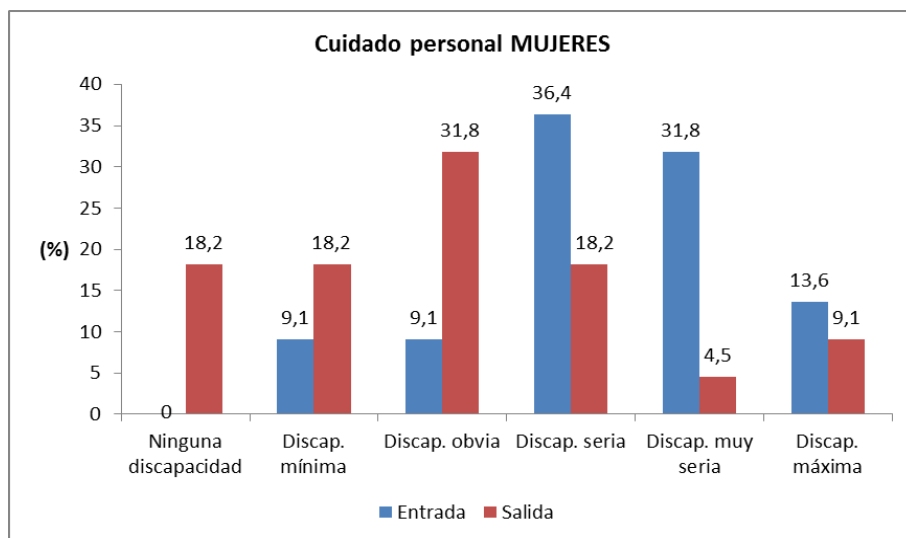
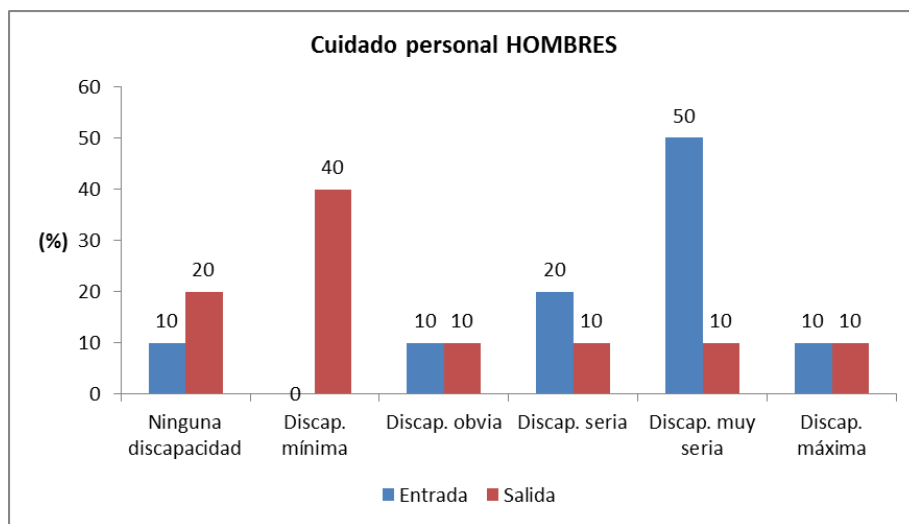


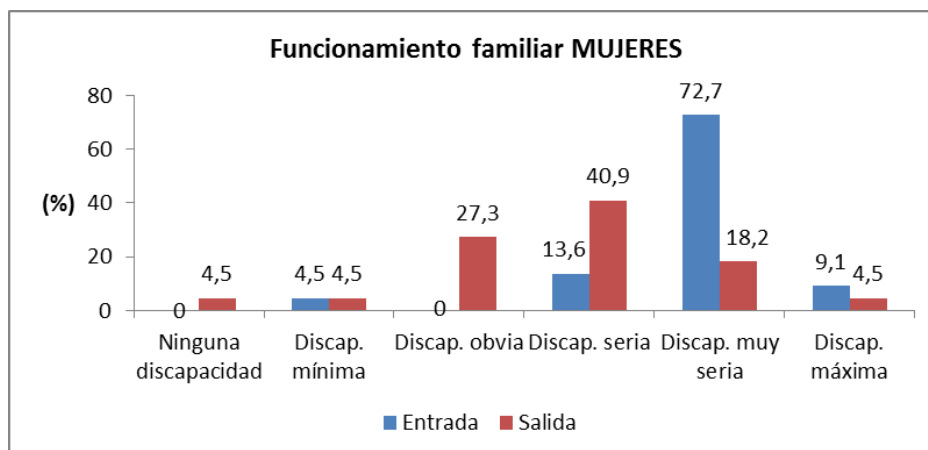
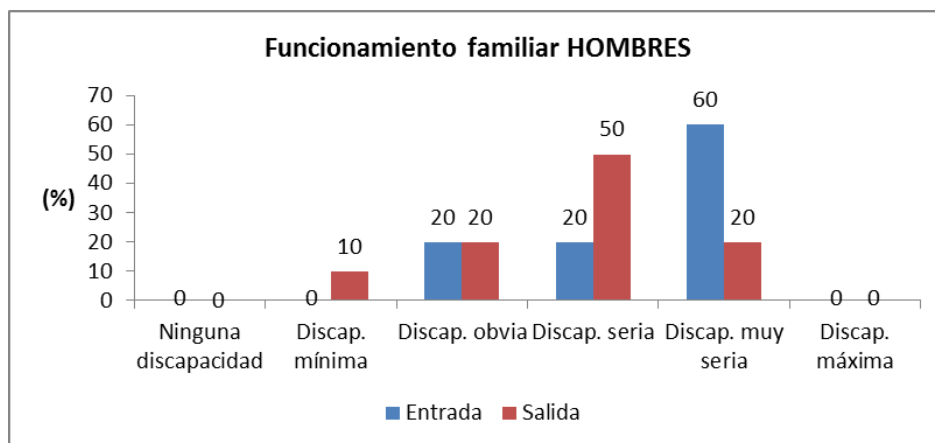
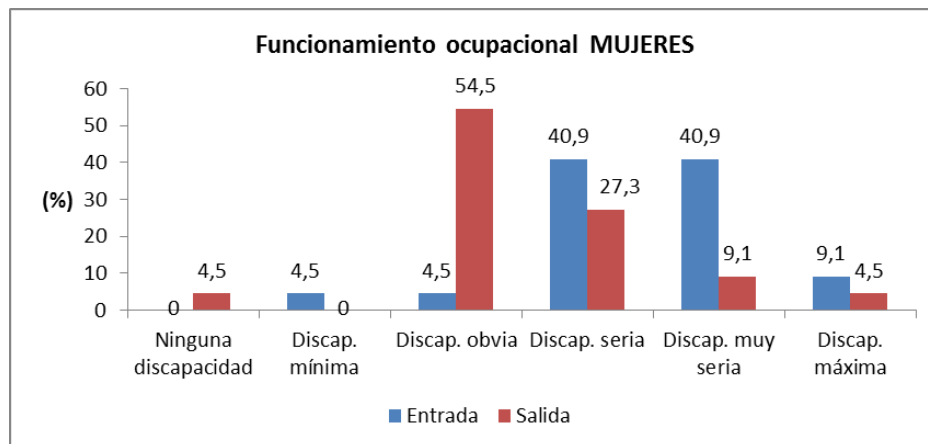


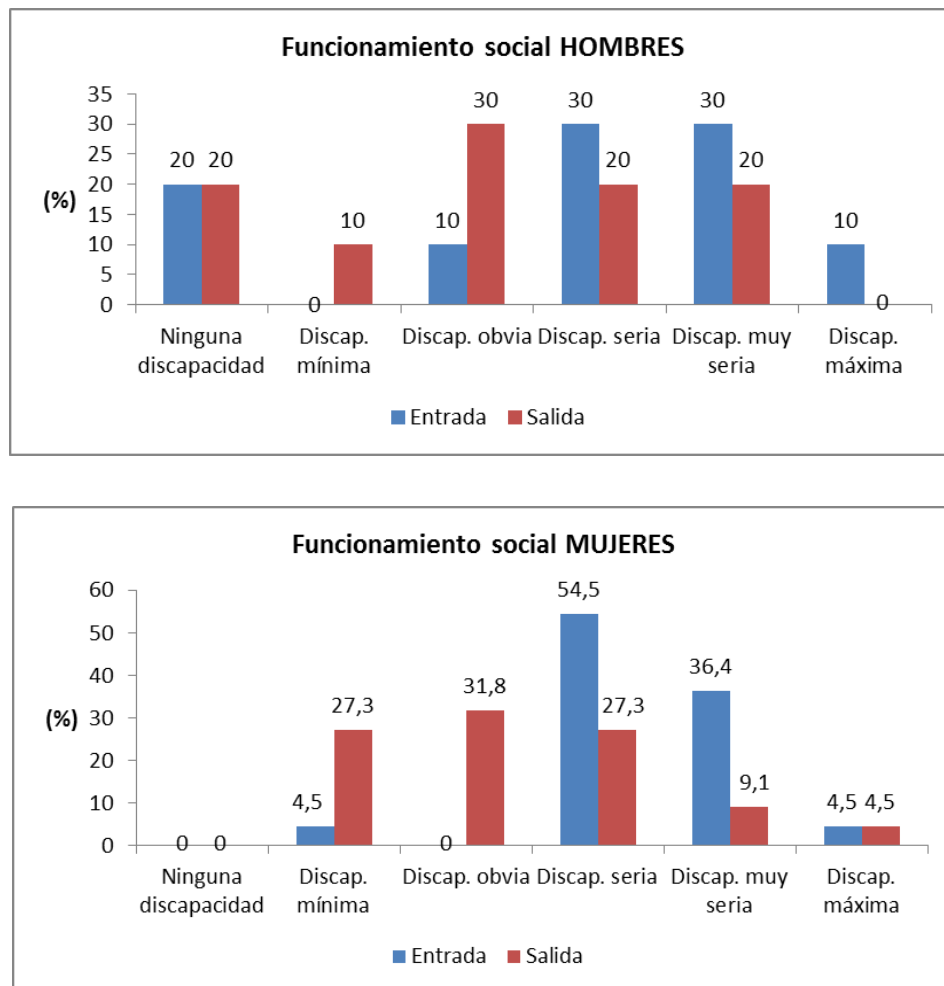
**Figura 27.** Evolución de las áreas del diagnóstico social de la población según sexo<sup>46</sup>

<sup>46</sup> A la hora de elaborar la tabla, y el posterior gráfico, con el programa Gandia BarbWin (versión 7), con un comando se ha seleccionado, por una parte, la población de hombres, y por otra parte, la población de mujeres. De esta forma, se ha analizado en cada subgrupo aislado, sobre el 100%, la evolución de las diversas áreas del diagnóstico social.

## A. Anexo V







**Figura 28.** Evolución de las áreas de la discapacidad de la población según sexo<sup>47</sup>

<sup>47</sup> A la hora de elaborar la tabla, y el posterior gráfico, con el programa Gandia BarbWin (versión 7), con un comando se ha seleccionado, por una parte, la población de hombres, y por otra parte, la población de mujeres. De esta forma, se ha analizado en cada subgrupo aislado, sobre el 100%, la evolución de las diversas áreas de la discapacidad.